

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Senior se sluchovým postižením a jeho kvalita života  
Senior with Hearing Impairment and his Quality of Life

Bc. Marie Gwoźdźová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

Odevzdáním této diplomové práce na téma Senior se sluchovým postižením a jeho kvalita života potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 4. 2019

.....

podpis

Upřímně děkuji paní doc. PhDr. Kateřině Hádkové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, kterými výrazně napomohla k vypracování této diplomové práce. Poděkování patří také ředitelům nejmenovaných institucí za možnost provést výzkumné šetření v rámci jejich zařízení a také všem respondentům z řad klientů těchto institucí i odborníků v oblasti ORL a foniatrie za jejich ochotu a čas.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů se sluchovým postižením. Práce obsahuje uvedení do problematiky sluchového postižení, jeho vymezení, výskyt a klasifikaci sluchových vad a poruch. Je zde uvedena také patřičná etiologie, diagnostické možnosti a sluchová protetika. Práce dále zahrnuje problematiku stáří a procesu stárnutí včetně poskytovaných sociálních služeb a zařízení pro seniory. Poslední kapitola teoretické části je věnována kvalitě života, objasňuje zavedené přístupy, aktuální modely a způsoby měření. V rámci praktické části diplomové práce byl proveden kombinovaný výzkum. Sběr dat proběhl prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory se sluchovým postižením a také prostřednictvím dotazníků s odborníky v oblasti ORL a foniatrie. Primárním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, která konkrétní oblast kvality života seniorů se sluchovým postižením je nejvíce negativně ovlivněna. Výzkumné otázky v rámci dílčích cílů výzkumného šetření se zaměřovaly například na způsoby, jakými se senioři s postižením sluchu vypořádávají, dále na volbu kompenzačních pomůcek a také na míru začlenění do společnosti v závislosti na sluchovém postižení.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

senior, domov pro seniory, stárnutí, sluchové postižení, kompenzační pomůcka, kvalita života, komunikace

## **ABSTRACT**

The diploma thesis focuses on the quality of life of seniors with hearing impairment. The thesis involves introduction into hearing impairment as well as its definition, occurrence and classification of hearing disorders. The etiology, diagnostics and hearing prosthetics are also included. The thesis also includes the issue of aging and the aging process, including social services and facilities for the elderly. The last chapter of the theoretical part deals with the quality of life, explains the established approaches, current models and methods of measurement. In the practical part of the thesis, a combined research was carried out. Data collection was carried out through semi-structured interviews with hearing impaired seniors as well as through questionnaires with experts in the field of ENT and phoniatrics. The aim of this research was to find out in which specific areas of the quality of life have the seniors recognized the largest decrease. Research questions were focused, for example, on the ways elderly people with hearing impairment deal with this disorder, on the choice of compensatory aids and on the degree of integration into society in dependence on the hearing impairment.

## **KEYWORDS**

senior, retirement home, aging, hearing impairment, compensatory aid, quality of life, communication

## Obsah

Úvod.....	7
1 Uvedení do problematiky sluchového postižení .....	9
1.1 Vymezení sluchového postižení.....	10
1.2 Výskyt sluchového postižení.....	11
1.3 Klasifikace sluchových vad a poruch.....	11
1.4 Etiologie sluchových vad a poruch .....	14
1.5 Diagnostika sluchových vad a poruch.....	15
1.6 Sluchová protetika.....	18
2 Stáří a stárnutí .....	27
2.1 Vymezení stáří.....	27
2.2 Proces stárnutí .....	29
2.3 Sociální služby a zařízení pro seniory.....	33
2.4 Potřeby seniorů se sluchovým postižením .....	38
3 Kvalita života .....	41
3.1 Vymezení definic a pojmů kvality života.....	41
3.2 Přístupy ke kvalitě života .....	43
3.3 Modely kvality života.....	44
3.4 Měření kvality života .....	45
3.5 Kvalita života seniorů.....	47
3.6 Kvalita života osob se zdravotním postižením.....	48
3.7 Kvalita života osob se sluchovým postižením .....	49
4 Senior se sluchovým postižením a jeho kvalita života.....	51
4.1 Cíle výzkumného šetření.....	51
4.2 Použitá metodika sběru dat .....	52
4.3 Metodika výběru respondentů a charakteristika výzkumného vzorku .....	52
4.4 Charakteristika výzkumného prostředí.....	53
4.5 Průběh výzkumného šetření .....	55
4.6 Interpretace získaných údajů .....	55
4.7 Závěry výzkumného šetření .....	80
4.8 Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi .....	84
Závěr .....	86
Seznam použitých informačních zdrojů.....	87
Seznam příloh.....	92
Přílohy .....	93

## Úvod

Schopnost slyšet úzce souvisí s příjmem informací, s poznáváním světa, společenskou aktivitou a s ní spojenými osobními vztahy. Pro většinu lidí je cenným darem již od narození. Bohužel v průběhu života prochází sluchové schopnosti zásadními změnami z mnoha různých příčin, především pak vlivem rostoucího věku. Právě stárnutí je celoživotním procesem přinášejícím velké změny nejen po stránce fyzické, ale také po té psychické. Psychické procesy bývají značně ovlivněny celkovou involucí organismu, kvůli které se spolu se značným úbytkem sluchových schopností vytrácí možnost být ve stoprocentním kontaktu s okolím, čímž se zásadně mění i kvalita života. Zvyšování kvality života jedinců ve všech věkových kategoriích, nevyjímaje tu seniorskou, je osobním, ale i celospolečenským zájmem. Díky lékařskému a technickému pokroku se to sice částečně daří, ovšem velmi důležitým je i samotný přístup seniorů k získaným sluchovým problémům.

Tématem diplomové práce je problematika seniorů se sluchovým postižením a jejich kvality života. Práce je rozdělena do několika kapitol.

První kapitola obsahuje uvedení do problematiky sluchového postižení, jeho vymezení, výskyt a klasifikaci sluchových vad a poruch. Nedílnou součástí je nahlédnutí do etiologie, diagnostických možností a sluchové protetiky. Následující kapitola se zabývá tematikou stárání a procesu stárnutí včetně poskytovaných sociálních služeb a zařízení sociální péče určených pro seniory. Poslední kapitola teoretické části je věnována kvalitě života, objasňuje zavedené přístupy, aktuální modely a způsoby měření. Dále se hlouběji zaměřuje na oblast kvality života jednotlivých kategorií, tedy seniorů, osob se sluchovým postižením i komplexně jedinců s různými typy zdravotního postižení.

V rámci praktické části diplomové práce byl proveden kombinovaný výzkum. Sběr dat proběhl prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory se sluchovým postižením ve věku 84 až 97 let a pro doplnění informací z jiného úhlu pohledu také prostřednictvím dotazníků s odborníky v oblasti ORL a foniatrie z různých krajů ČR.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, která konkrétní oblast kvality života seniorů se sluchovým postižením je nejvíce negativně ovlivněna. Dílčí cíle se zaměřovaly na zjištění způsobů, jakými se senioři s postižením sluchu vypořádávají, dále na volbu kompenzačních pomůcek a také na míru začlenění do společnosti v závislosti na sluchovém postižení a úskalích z něj vyplývajících.

Toto téma bylo zvoleno na základě autorčiny osobní zkušenosti se seniory se sluchovým postižením v rodině a bezprostředním okolí. Tito lidé jsou autorce velmi blízcí, proto chtěla danou problematiku prozkoumat hlouběji. Sama se dostává vzhledem k jejich sluchovým problémům do obtížných situací, ve kterých si mnohdy připadá bezradně. Považovala tedy za přínosné využít zpracování daného tématu v rámci diplomové práce k prohloubení vědomostí z odborného hlediska, avšak také k nahlédnutí do situace ze strany seniorů. Jejich sdělené poznatky a osobní pocity může autorka využít ke změně svého chování, způsobu komunikace i celkového přístupu.



# 1 Uvedení do problematiky sluchového postižení

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

Helena Kellerová

Každý z nás se někdy dívá na televizi, poslouchá rádio, čte knihu nebo zprávy na internetu za účelem příjmu informací o lidech, každodenních událostech, světovém dění či jakémkoli tématu, které nás zajímá. Už jen z tohoto důvodu vnímá Hádková (2016) zrak a sluch jako nejdůležitější smysly, neboť společně umožňují tvorbu významných informačních zdrojů. Pomocí zraku totiž vnímáme prostorové vztahy, zatímco sluch je primární z hlediska lidské komunikace.

Problematikou sluchového postižení, tedy konkrétně výchovou, vzděláváním a celoživotním rozvojem osob se sluchovým postižením, se zabývá **surdopedie**. Termín je odvozen z latinského *surdus* – hluchý a *paideia* – výchova (Horáková, 2012). V zahraničí se tento název příliš nevyskytuje, pouze v Polsku mají *surdopedagogiku*. Na Slovensku používají *Pedagogika sluchovo postihnutých*, v Anglii zase *Education of the Deaf – Pedagogika neslyšících* (Hrubý, 2010).

Hrubý (2010, s. 13) vnímá surdopedii jako „speciálně pedagogickou disciplínu zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem jedince se sluchovým postižením a snahou o jeho plné začlenění (sociální, pracovní) do společnosti.“

Tato speciálně pedagogická disciplína je relativně mladým vědním oborem, neboť až do roku 1983 byla souhrnně řazena k oboru logopedickému, který za dob prof. Sováka zahrnoval také péči o sluchově postižené jedince a věnoval se v první řadě rozvoji mluvené řeči a náhradním komunikačním technikám. Vývoj a neustálý rozvoj poznatků, informací a termínů zmíněných speciálně pedagogických disciplín postupně vedl k rozdílnosti v pracovních metodách, přístupech k výchově a vzdělávání a v neposlední řadě k nastolení jejich primárních cílů. K rozdělení těchto dvou vědních oborů tedy došlo z důvodu zcela odlišného způsobu edukace osob se sluchovým postižením a s narušenou komunikační schopností (Potměšil, 2003).

Jak uvádí Hrubý (2010), sluchové postižení je postižením obsahujícím celou řadu typů a stupňů, v rámci kterých je k daným osobám vyžadován naprosto odlišný přístup. I z tohoto důvodu je zde nutná mezioborová spolupráce. Je žádoucí vycházet z *fyzilogie* a *patofyzilogie sluchu*, z kterých dále vycházejí lékařské obory *otorinolaryngologie* (ORL) a *foniatrie*. Velmi potřebná je také znalost alespoň základů z oboru *akustiky* a *audiologie*.

Horáková (2012) doplňuje nezbytnost spolupráce s odborníky z humanistických disciplín, kterými jsou např. *sociologie, lingvistika a fonetika*. Surdopedie je samozřejmě spjatá s dalšími speciálně-pedagogickými obory, jako je v první řadě *logopedie*, dále *somatopedie, oftalmopedie a psychopedie*. V neposlední řadě mají své velké opodstatnění znalosti z oborů *psychologie, obecné pedagogiky*, a konečně *sluchové protetiky*, jakožto zástupce technických oborů.

Předmětem surdopedie jsou dle Horákové (in Pipeková, 2006) veškeré speciálně-pedagogické metody a postupy zaměřené na tvorbu a rozvoj komunikačních schopností sluchově postižených osob, na jejich vzdělávání a přípravu na budoucí zaměstnání.

Cílem edukačního působení v rámci surdopedické disciplíny je zajistit jedincům se sluchovým postižením souhrnné neboli komplexní vzdělání, a umožnit tak kognitivní, emocionální a psychosociální rozvoj jejich osobnosti. Primárním cílem působení na tyto osoby je vytvořit náležité komunikační kompetence, které jim značným způsobem mohou usnadnit začlenění do většinové, intaktní populace při respektování jejich jazykových a kulturních specifík. V rámci intervence je stejně jako v ostatních speciálně-pedagogických disciplínách nezbytné bezpodmínečně respektovat individuální potřeby, možnosti a schopnosti daných osob (Langer, Suralová, 2006).

### 1.1 Vymezení sluchového postižení

Pojem **sluchové postižení** se váže k velmi široké, heterogenní skupině osob, neboť vykazuje širokou škálu různých typů a rozličných stupňů závažnosti. Slowík (2016) uvádí, že označení **sluchově postižený** se někdy chybně zaměňuje s termínem **neslyšící**. Podle zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, tedy zákona č. 384/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony, se však za neslyšící považují pouze jedinci, k jejichž ohluchnutí došlo již před rozvinutím mluvené řeči, a u kterých velikost a charakter vady sluchu neumožňuje maximální, plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, a dále jedinci později **ohluchlí** a **nedoslýchaví**, kteří sami pokládají znakovou řeč jako základní formu komunikace. Samotní lidé se sluchovým postižením se tedy mohou ztotožnit s takovým označením, které dle vlastního úsudku nejlépe vystihuje jejich stav a vnímání sebe samých včetně své identity.

Na fakt, že je osoba skutečně neslyšící, lze nahlížet ze dvou odlišných hledisek. Z **medicínského hlediska** se každá porucha ve funkci sluchového orgánu pojímá jako postižení sluchu. Vymezení kategorií vyplývá primárně z funkčního hlediska, přičemž

důležitými faktory jsou kvantita a kvalita sluchového vjemu. Ze **sociokulturního hlediska** se zaobíráme sebepochopením a sebepojetím neslyšících osob. Mnoho z nich totiž odmítá zařazení do skupiny jedinců se sluchovým postižením, neboť se cítí být členy pouze jazykové a kulturní menšiny užívající svůj vlastní (znakový) jazyk (Horáková, 2012).

## **1.2 Výskyt sluchového postižení**

Sluchové postižení je jedním z nejvíce rozšířených somaticko – funkčních postižení (Neubert in Leonhardt, 2001). Světová zdravotnická organizace, dále jen WHO, na svých oficiálních webových stránkách uvádí k datu 20. 3. 2019 počet osob se sluchovým postižením, vyplývající z jejich výsledkových šetření a činící zhruba 466 milionů, tedy 0,5 % světové populace. V roce 2015 totožný zdroj uváděl přibližně 360 milionů osob, v roce 2005 pak 278 milionů lidí na světě. Je zřejmé, že sluchové postižení je postižením s velmi vysokou incidencí a z hlediska odborníků je očekávaný i nadále stálý nárůst.

Podle velkého množství literárních zdrojů žije v ČR zhruba půl milionu sluchově postižených občanů, přičemž absolutní většinu z nich tvoří právě senioři, k jejichž sluchové degradaci docházelo s nárůstem věku. Tento údaj ovšem vychází ze statistiky Jaroslava Hrubého již z roku 1998, která vznikla na základě výzkumného šetření publikovaného v časopise Speciální pedagogika (Hrubý, 1998, s. 5 – 20). Avšak Hrubý svoje údaje pro rok 2009 zaktualizoval a uvedl, že v ČR žije osob se sluchovým postižením cca 1 milion. Oproti tomu Český statistický úřad ve svých Výsledcích šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007 uvádí zcela rozdílné, nižší hodnoty, a to konkrétně 76 327 sluchově postižených občanů, s tím, že hraniční hodnota ztráty sluchu byla stanovena na 41 dB. Přičemž lehké sluchové postižení dle WHO začíná již velikostí ztráty sluchu 26 dB, tudíž z tohoto výzkumného šetření byla zcela vyřazena celá skupina osob s lehkou nedoslýchavostí s velikostí ztráty sluchu v kategorii 26 – 40 dB.

Nelze tedy přesně definovat, kolik osob se sluchovým postižením žije, ať už v jednom státě či globálně. Údaje v literárních i oficiálních internetových zdrojích se velmi často diametrálně liší už jen z důvodu odlišného vymezení a rozdílné klasifikace sluchových vad.

## **1.3 Klasifikace sluchových vad a poruch**

Osoby s postižením sluchu vytváří velice heterogenní skupinu, je tedy nezbytné určité pojmy a termíny blíže specifikovat. Sluchové postižení je obecným, zastřešujícím výrazem, který kromě nepřesného vnímání zvuků a řeči zahrnuje také sociální důsledky (Hádková, 2016).

Klasifikace sluchových poruch a vad je velmi nejednotnou záležitostí, na kterou lze nahlížet z mnoha různých hledisek. Mezi ty nejfrekventovanější spadá diferenciaci dle doby vzniku sluchové vady či poruchy, dle intenzity sluchové ztráty a také dle konkrétního typu, tedy místa vzniku postižení.

### 1.3.1 Dle typu (místa) sluchového postižení

Poruchy a vady sluchu mohou vycházet z organického poškození nebo funkčního narušení jakékoliv části sluchového ústrojí. V případě, kdy dojde k zasažení vnějšího, středního či vnitřního ucha, se jedná o poškození v **periferní** oblasti, tedy konkrétně o periferní poruchu. Pokud je postižen samotný sluchový nerv, spolu s Wernickeho senzoryckým sluchovým centrem a Brocovým motorickým řečovým centrem, hovoříme o narušení centrální oblasti, tedy o **centrální** poruše.

V rámci periferní nedoslýchavosti nebo hluchoty rozlišujeme vady převodní (conductiva, konduktivní), percepční (perceptiva, senzorineurální) a smíšené (mixta).

V případě vad převodních se jedná o kvantitativní postižení sluchu způsobené poškozením vnějšího a středního ucha. Horáková (2012) uvádí, že u této vady sluchu sice nedochází k přímému poškození sluchových buněk, ovšem zvuková stimulace nenastává z důvodu překážky ve středouší, která přenosu zvuku brání. Hrubý (2010) vysvětluje, že tyto poruchy nikdy nesměřují k úplné hluchotě, většina z nich je již dnes řešitelná operativním zákrokem nebo kompenzačními pomůckami, jako jsou například moderní elektronická sluchadla.

Percepčními vadami máme na mysli kvalitativní postižení sluchu způsobené poškozením vnitřního ucha a centrální nervové soustavy. Je narušeno vnímání neboli percepce zvuku. Lavička, Šlapák in (Horáková, 2012, str. 13) dále rozlišují percepční vady na kochleární, což je *“porucha přeměny zvuku v elektrický signál ve vnitřním uchu”* a retrokochleární, tedy *„poruchu vedení zvukového signálu VIII. hlavovým nervem a sluchovou dráhou v mozgovém kmeni.“* Výskyt percepčních poruch je sice mnohonásobně vyšší než výskyt poruch převodních, i přesto jsou percepční poruchy mnohem obtížnější, jak z hlediska diagnostiky, tak i léčby.

Na vzniku smíšených vad se v různém stupni a zastoupení podílí kombinace příčin poruch převodních i percepčních.

Do skupiny centrální nedoslýchavosti či hluchoty řadíme defekty zasahující korový a podkorový systém sluchových vad charakterizované abnormálním zpracováním zvukového signálu v mozku. Projevují se velmi různorodými příznaky, například tím, že jedinec

s takovým typem sluchové vady je sice schopen zaznamenat a rozlišit některé zvuky, nerozumí ale mluvené řeči stejné intenzity (Hampl, 2013).

### 1.3.2 Dle stupně (intenzity) sluchové ztráty

Velikost ztráty sluchu je měřená v decibelech a má zásadní vliv na schopnost jedince vnímat zvuky z okolního prostředí. Z kvantitativního hlediska slyšeného zvuku se setkáváme s různými hodnotami vymezující jednotlivé stupně sluchových poruch. Autoři se zatím v této problematice příliš neshodují. Nejznámější rozdělení uvádí Lejska a WHO.

Stupeň sluchové vady	Ztráta v dB
Normální stav sluchu	0 dB – 20 dB
Lehká nedoslýchavost	20 dB – 40 dB
Středně těžká nedoslýchavost	40 dB – 60 dB
Těžká nedoslýchavost	60 dB – 80 dB
Velmi těžká nedoslýchavost	80 dB – 90 dB
Hluchota komunikační (praktická)	90 dB a více
Hluchota úplná (totální)	Bez audiometrické odpovědi

Tab. 1: Posouzení výsledků audiometrie podle ztráty v decibelech pro vzdušné vedení v oblasti řečových frekvencí (Lejska, 2003, s. 36)

Stupeň sluchové vady	Ztráta v dB
Normální sluch	0 – 25 dB
Lehké poškození sluchu (slight/mild)	26 – 40 dB
Střední poškození sluchu (moderate)	41 – 60 dB
Těžké poškození sluchu (severe)	61 – 80 dB
Velmi těžké poškození sluchu až hluchota (profound)	81 dB a více

Tab. 2: Klasifikace sluchových vad (WHO, 2019)

### 1.3.3 Dle doby vzniku

Dle doby vzniku dělíme sluchové vady na vrozené a získané.

Vrozené vady mohou být geneticky podmíněné či kongenitálně získané. Horáková (2012) uvádí, že genetické sluchové vady jsou většinou způsobené autozomálně recesivní formou, mnohem nižší výskyt pak mají sluchové poruchy s autozomálně dominantní formou. Kongenitálně získané vady sluchu vznikají působením negativních vlivů na plod především v 1. trimestru těhotenství nebo závažnými komplikacemi při porodu.

Prelingválně získané sluchové vady vznikají ještě před fixací řeči, tedy přibližně do 6. roku života dítěte. Mají velmi negativní vliv na rozvoj mluvené řeči. Dosud nabyté jazykové a řečové schopnosti a dovednosti se v případě náhlé ztráty sluchu v prelingvální fázi začnou pozvolna vytrácet (Horáková, 2012). Pokud není dostatečně včas zahájena žádoucí odborná surdopedická a logopedická intervence, může dojít k jejich nevratnému zániku. Přirozeným komunikačním prostředkem osob, s již zmíněným typem poruchy či vady je příslušný národní znakový jazyk, mluvenou řeč vnímají jen odezíráním. Prelingválně neslyšící většinou zastupují jazykovou a kulturní menšinu Neslyšících.

Postlingválně získané sluchové vady vznikají až po fixaci řeči, tudíž kdykoliv po období ukončeného vývoje řeči. Do této kategorie spadají sluchové ztráty u dětí, dospělých i u seniorů, u nichž v důsledku onemocnění nebo jiných traumat byla narušena schopnost slyšet. Jedinec s postlingválně získanou sluchovou vadou již má jazykové i řečové dovednosti zafixovány na takové úrovni, že k jejich úplnému vymizení zpravidla nedochází, je možné s nimi naopak úspěšně pracovat a nadále je rozvíjet. V tomto případě je velmi důležitá včasná a účinná surdopedická a logopedická péče, která by měla minimalizovat změny v mluveném projevu v oblasti artikulace a prozodie, ke kterým dochází v důsledku absence zpětné sluchové kontroly (Hampl, 2013).

#### 1.4 Etiologie sluchových vad a poruch

Příčiny sluchových vad primárně dělíme na **endogenní** a **exogenní**. V případě endogenní příčiny je sluchová vada dědičná, zatímco vada s exogenní příčinou je způsobena vnějšími vlivy. Obecně jsou příčiny poruch a vad sluchu velmi různorodé, mnohdy také neznámé, neboť zjistit pravý důvod dané vady může být velmi problematickou záležitostí. Etiologie již zmíněných poruch bývá neznámá téměř v 70 % případů.

V **prenatálním** období může na plod působit celá řada vnějších vlivů. Vzhledem k adekvátnímu vývoji ucha je první trimestr těhotenství velmi senzitivním obdobím. Právě tato fáze vykazuje největší možná rizika vzhledem k možnosti vzniku prenatální vady či poruchy sluchu. Mezi **biologické** negativní faktory řadíme metabolické a hormonální poruchy, virová, bakteriální a další onemocnění matky, kupříkladu infekci cytomegalovirem, spalničky, zarděnky či toxoplazmózu. Záporný vliv na lidský organismus vykazují také **chemické** faktory, ke kterým patří toxikomanie matky, negativní vlivy životního prostředí, dlouhodobé užívání některých léků či působení ototoxických látek. Velmi nebezpečnými faktory jsou také ty **fyzikální**, tedy působení rentgenového záření nebo úrazy matky v době těhotenského cyklu.

V **perinatálním** období jsou velmi frekventovanými příčinami vzniku sluchového postižení porodní komplikace spjaté většinou s protražovaným porodem. Zde můžeme uvést asfyxii, hypoxii, vlasečnicové krvácení do labyrintu, Rh – inkompatibilitu či nízkou porodní hmotnost.

V **postnatálním** období zapříčiňují sluchové vady většinou choroby infekčního charakteru, tedy zánět mozkových blan, příušnice, meningoencefalitida, herpetické infekce, dále chronické záněty středního ucha, onkologická onemocnění, v neposlední řadě vážná traumata a úrazy hlavy, akustická traumata či dlouhodobé působení nadměrného hluku.

Hampl (2013) řadí mezi nejobvyklejší příčiny převodních poruch především ucpání vnějšího zvukovodu, převážně ceruminem neboli ušním mazem, vrozené vývojové vady spojené s nevyvinutím zevního zvukovodu či ušního boltce, zánět zvukovodu či bubínku, pozánětlivou perforaci bubínku, akutní či chronický zánět středního ucha, nádor ve středouší nebo výskyt cizího tělesa ve zvukovodu.

Jednou z nejčastějších příčin percepčních vad je právě **presbyakuzis** – stařecká nedoslýchavost, dále náhlé či chronické poškození sluchu nadměrným hlukem, infekce a s ní spojená onemocnění matky typu zánětu mozkových blan nebo příušnic, toxikomanie, vrozené syndromy či záněty a úrazy hlavy.

Paralelním poškozením sluchového analyzátoru v oblasti převodu i percepce vznikají vady smíšené. V této kategorii se nejčastěji objevují chronické záněty středouší s toxickým postižením vnitřního ucha, záněty nebo otoskleróza.

### **1.5 Diagnostika sluchových vad a poruch**

Zajisté i zde vycházíme z obecných speciálně-pedagogických zásad, kdy včasnost odhalení sluchové vady a zahájení optimální rehabilitace zásadně ovlivňuje finální narušení vývoje osobnosti daného jedince. Rozpoznání druhu a stupně sluchového postižení je základním předpokladem pro nastolení adekvátních výchovných a vzdělávacích strategií i pro výběr vhodného komunikačního stylu.

Diagnostikou sluchových poruch a vad se zabývá medicínský obor **audiologie**, který v dnešní době nabízí obrovskou škálu vyšetřovacích metod. Vyšetřovací metody jsou již na tak vyspělé úrovni, že jsou schopny sluchovou poruchu spolehlivě odkrýt, což je velmi důležité k dalšímu kroku, tedy k navržení adekvátní technické kompenzace.

Odborné vyšetření sluchu provádí foniatr a otorhinolaryngolog. Lékaři nejprve zjišťují a zapisují osobní a rodinnou anamnézu vyšetřovaného, teprve poté provádí otoskopii, tedy vyšetření zevní části ucha a bubínku pohledem za pomoci zrcátka, mikroskopu nebo otoskopu (Horáková, 2012).

Hampl (2013) dělí vyšetřovací metody sluchu na metody **objektivní** a **subjektivní**, přičemž při vyšetřování pomocí subjektivních metod je zcela nezbytná spolupráce vyšetřované osoby, lze je tedy použít jen v některých případech. Zato objektivní vyšetřovací metody spolupráci vyšetřovaného nevyžadují, můžeme je tedy použít i v případě screeningového vyšetření sluchu u novorozenců, při vyšetření malých dětí nebo u osob s mentální retardací či poruchou autistického spektra.

### **1.5.1 Subjektivní vyšetřovací metody**

Jedná se o metody pouze orientační, neboť nám nikdy neposkytnou informace o přesné hodnotě sluchové ztráty, ani o úrovni percepce zvuků na různých frekvencích. Stanoví nám pouze orientačně typ sluchové vady. K základním subjektivním vyšetřovacím metodám patří **vyšetření hlasitou řečí, šepotem a ladičkami**.

V rámci **vyšetřování hlasitou řečí (vox magna)** bývá každé ucho vyšetřováno zvlášť. K „ohlušení“ nevyšetřovaného ucha se většinou používá Barányho ohlušovač, popřípadě ucpávka či prst. Dále je nutné zabránit vyšetřované osobě odezírat a dbát na volbu optimálních slov vzhledem k věku dané osoby. Ucho se vyšetřuje ze vzdálenosti 6 metrů, tedy obecně udávanou hranicí mezi normálním sluchem a patologií. V případě, kdy vyšetřovaná osoba není schopna zopakovat většinu předříkávaných slov, se vzdálenost od vyšetřovaného ucha postupně snižuje (Hampl, 2013). Slowík (2016) uvádí, že výběrem slov lze poměrně přesně zjistit typ sluchové vady, neboť špatná slyšitelnost slov s hlubokými tóny poukazuje na vadu vnějšího nebo středního ucha, zatímco špatná slyšitelnost slov s vysokými tóny odkrývá především vadu ve vnitřním uchu nebo narušení funkce nervových center. Výsledek vyšetření je znázorňován graficky.

**Vyšetření šepotem (vox sibilans)** funguje na podobném principu, jako vyšetření hlasitou řečí, s tím rozdílem, že slova určená k reprodukci jsou předříkávána šepem. V tomto případě stačí ucho zakrýt pouze ucpávkou či prstem a vyšetření probíhá již ze vzdálenosti 4 metrů. Výsledek vyšetření je opět zapisován formou grafu (Slowík, 2016).

**Vyšetření ladičkami** se aplikuje vždy až po vyšetření hlasitou řečí nebo šepem. Mezi tři nejznámější vyšetření ladičkami patří Weberova, Rinneho a Schwabachova zkouška.



**Weberova zkouška** specifikuje typ vady sluchu na základě porovnání kostního vedení mezi pravým a levým uchem. **Rinneho zkouška** upřesňuje typ sluchové vady na základě srovnání vzdušného a kostního vedení na postiženém uchu, které je vyšetřováno zvlášť. **Schwabachova zkouška** byla uznána jako neobjektivní metoda a v současnosti se již nepoužívá (Hampl, 2013).

**Tónová audiometrie** je sice další subjektivní vyšetřovací metodou, avšak tuto metodu již musí praktikovat odborný pracovník, tedy audiolog. V současnosti je tónová audiometrie považována za zcela běžné ORL či audiologické vyšetření, které poskytuje nesrovnatelně spolehlivější výsledky než vyšetření hlasitou řečí, šepotem či ladičkami. Provádí se ve zvukově upravené místnosti za použití speciálního přístroje – tónového audiometru. Hrubý (2010) dále objasňuje princip audiometrie, kdy jsou do sluchátek – pro zjištění úrovně vzdušného vedení, či prostřednictvím kostního vibrátoru – pro zjištění úrovně kostního vedení generovány čisté tóny o různé intenzitě na frekvencích v rozsahu 125 až 8 000 Hz. Nastavení výšky a hladiny intenzity se v průběhu vyšetření mění. Prostřednictvím této metody lékař zjistí, jak typ sluchové vady, tak přesnou velikost ztráty sluchu spolu s mírou percepce tónů na různých frekvencích. Také u této metody je vyšetřováno každé ucho samostatně. Výsledek je zapisován do ztrátového audiogramu audiometrickými značkami.

**Slovní audiometrie** dle Slowíka (2016) funguje podobně jako výše uvedená tónová audiometrie, avšak vyšetřované osobě je do sluchátek nebo do volného prostoru vysílána řada vybraných slov odpovídajících délkou i kmitočtovou stavbou normální řeči. Pipeková (2006) uvádí důležitý fakt, že touto metodou se zároveň zjišťuje i úroveň porozumění.

Langer (2013) dále podotýká, že jednotlivé subjektivní vyšetřovací metody se v klinické praxi při diagnostice i diferenciální diagnostice navzájem prolínají a jejich výsledky se doplňují. K určení správné lékařské diagnózy a k následnému předepsání adekvátních edukačních, rehabilitačních i léčebných postupů tedy není vhodné provedení pouze jednoho samostatného vyšetření.

### 1.5.2 Objektivní vyšetřovací metody

V rámci **impedanční audiometrie** je vyšetřována impedance bubínku v závislosti na různých faktorech. Dle Hrubého (2010) impedance neboli komplexní odpor je odborným výrazem pro „*vzdorování průchodu něčeho něčím.*“ Impedanční audiometrie se skládá z tympanometrie a vyšetření stapediálních reflexů. Prostřednictvím **tympanometrie** je lékař schopen prozkoumat impedanci bubínku v závislosti na tlakových změnách ve zvukovodu.

Cílem tohoto vyšetření je zjistit finální stav středouší a Eustachovy trubice. Také v rámci **vyšetření stapediálních reflexů** zkoumáme impedanci bubínku, ovšem tentokrát na principu kontrakce musculus stapedius.

**Vyšetření otoakustických emisí** dle Horákové (2012) využívá funkčních vláskových buněk Cortiho orgánu. Ty se po zvukovém podráždění rozvlní a tím vytvoří velmi slabé zvuky nazývané otoakustické emise, které jsou následně vysílány dále směrem k bubínku. Odpověď vláskových buněk je měřitelná již přibližně 24 hodin po porodu. Otoakustické emise lze snímat v zevním zvukovodu mikrofonom. Výbavnost emisí nás informuje o funkci vnitřního ucha, respektive Cortiho orgánu, která by za těchto předpokladů měla být neporušená. Ovšem není vyloučena porucha sluchu způsobená selektivním poškozením zevních vláskových buněk či poškozením sluchové dráhy.

**BERA, CERA** – neboli vyšetření evokovaných sluchových potenciálů dokáže změřit celou sluchovou dráhu od kochley až po korovou oblast. Horáková (2012) uvádí, že tento druh vyšetření se provádí u osob, které nejsou schopné podstoupit audiometrické vyšetření, tedy u malých dětí či u jedinců s mentálním postižením.

Slowík (2016) dále podotýká, že stejně jako ve valné většině ostatních evropských zemí se i v ČR od roku 2012 provádí plošný screening sluchových vad u novorozenců. Včasné a přesné určení diagnózy je klíčovým komponentem také z hlediska diferenciální diagnostiky.

## **1.6 Sluchová protetika**

*„Kompenzační pomůcky zahrnují široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů umožňujících osobám se sluchovým postižením překonat komunikační potíže, které jsou sluchovou vadou způsobeny.“ (Horáková, 2012, s. 93)*

Ovšem život osob se sluchovým postižením je znesnadněn nejen v oblasti komunikace, ale hned v několika dalších oblastech. Prostřednictvím kvalitních, funkčních a efektivních kompenzačních a technických pomůcek lze pozitivním směrem ovlivnit, kompenzovat či eliminovat velkou spoustu komplikací, které právě sluchové postižení přináší. Osoby se sluchovým postižením se tak mohou v co největší možné míře účastnit veškerého společenského, kulturního či sportovního dění, čímž dochází k značné sociální integraci a posílení jak jejich psychické a fyzické složky, tak k zvýšení celkové kvality jejich života.

Pomůcky pro osoby se sluchovým postižením můžeme rozdělit především z hlediska finálního účelu, a to na pomůcky pro kompenzaci sluchové ztráty (sluchadla, kochleární

implantáty), vibrotaktilní a elektrotaktilní pomůcky, signalizační pomůcky, pomůcky pro poslech televize a pro komunikaci na dálku.

### **1.6.1 Sluchadla**

Sluchadla jsou pro osoby se sluchovým postižením základní, nejhojněji využívanou kompenzační pomůckou. Používají je lidé všech věkových kategorií (od dětí, přes adolescenty a dospělé, až po seniory) s nejrůznějšími typy nedoslýchavosti (lehkou, středně těžkou i těžkou).

Sluchadlo je malý elektroakustický přístroj, který dokáže zesílit a modulovat zvukový vjem. Většina typů sluchadel se skládá ze stejných základních součástí, tedy z mikrofону, zesilovače, reproduktoru, ušní tvarovky, regulátoru hlasitosti, zdroje, přepínače programů, hadičky, indukční cívky, popřípadě přímého audio vstupu. Zvuk je prostřednictvím sluchadla zesílen a modulován podle nastavení, které foniatr po konzultaci s pacientem provede. Dle Horákové (2012) získává foniatr informace nezbytné k přidělení a nastavení sluchadla na základě anamnézy, otoskopie, audiometrického vyšetření a výsledků tympanometrie daného jedince se sluchovou vadou. Než se sluchadlo aplikuje, je nejprve nezbytné zjistit, jakou prahovou hodnotou sluchu na určité frekvenci jedinec disponuje, tedy jakou nejnižší hlasitost zvuku je schopen zaslechnout. Nastavení je také přizpůsobeno věku, typu sluchové vady a individuálním potřebám pacienta. Langer (2013) dále podotýká, že pro perfektní nastavení sluchadla je vhodné zúčastnit se několika sezení u odborného audiologického pracovníka, kde jsou na míru zkoušeny různé modifikace nastavení daného sluchadla.

Systém přidělování příspěvků v České republice stanovuje zákonná úprava a interní procesy pojišťoven pro zdravotní prostředky skupiny ZP 08. Tah udává největší pojišťovna VZP dle zákona č. 282/2018 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a konkrétně příloha č. 3 tohoto zákona.

Zdravotní pojišťovny přispívají na sluchadlo zpravidla jednou za 5 let. Výše příspěvku závisí na velikosti ztráty sluchu. V současnosti jsou pevně stanovené částky pro osoby starší 18 let, tedy včetně seniorů, členěné do 3 kategorií:

Výše příspěvku	Ztráta sluchu
2 700 Kč	do 59 dB
3 900 Kč	do 79 dB
5 100 Kč	nad 80 dB

*Tab. 3: Výše příspěvku v závislosti na velikosti ztráty sluchu*

Výše příspěvku se neodvíjí podle typu požadovaného sluchadla, ani podle výrobce či značky.

Sluchadla lze podle pořizovací ceny a výkonnosti rozdělit do 4 skupin:

- sluchadla v ceně do 6 500 Kč
- sluchadla v ceně od 6 500 Kč do 13 000 Kč
- sluchadla v ceně od 13 000 Kč do 22 000 Kč
- sluchadla v ceně vyšší než 22 000 Kč

Ceny sluchadel se stanovují například na základě vybavení poslechových programů, způsobu zvukového zpracování, druhu mikrofonu, stáří použité technologie či rozsahu poslechového spektra.

Sluchadla můžeme dělit podle mnoha kritérií. Havlík (in Horáková, 2012) klasifikuje sluchadla následovně:

a. Dle způsobu zpracování akustického signálu:

- Analogová – analogová sluchadla dle Hrubého (1998) převádí mikrofonem podle předem určeného nastavení zachycený zvuk na analogický elektrický signál. V současnosti se jedná o nejjednodušší, výkonnostně a kvalitativně slabý, nejméně nákladný druh sluchadel. Firmy na výrobu sluchadel se již zaměřily převážně na rozvoj a výrobu sluchadel digitálních.
- Digitální – aktuálně na světovém trhu převládají. Transformují akustický signál na signál digitální, zvukový signál je tak převeden na binární kód, a tato posloupnost se pak dále zpracovává v mikroprocesoru. Nejnovější typy digitálních sluchadel zajišťují zpracování zvuku se zdůrazněním lidské řeči a potlačení rušivých elementů, jsou také odolné vůči rušení signálu mobilními telefony. Langer (2013) dále uvádí, že právě digitální sluchadla v současnosti poskytují díky široké škále možností a moderních funkcí nejvyšší poslechový komfort.

b. Dle charakteru přenosu zvuku:

- Přenos zvuku vzduchem – v případě těchto sluchadel vysílá reproduktor akustickou energii ušní vložkou do zvukovodu, bubínek se rozkmitá, energie je přenesena na středoušní kůstky a následně do vnitřního ucha (Hampl, 2013).
- Přenos zvuku kostí – u tohoto typu sluchadel proudí zesilovačem elektrický signál až do vibrátoru, který je umístěn na spánkové kosti. Vibrace jsou dále vedeny kostí až do vnitřního ucha (Hampl, 2013).

c. Dle tvaru:

- Závěsná – v rámci závěsných sluchadel jsou veškeré součástky vloženy do pouzdra za uchem. Jedná se o nejfrekventovanější typ sluchadel jak u dětí, tak i u dospělých a seniorů. Dle Hrubého (1998) za to může, jak velmi široká a pestrá nabídka, tak malá velikost, neboť většina těchto sluchadel již není za uchem téměř vidět.
- Nitroušní – tento typ sluchadel obecně dělíme na 3 typy, a to konkrétně na boltcová, zvukovodová a kanálová sluchadla. Jedná se o nejmodernější typy sluchadel, kdy jsou všechny potřebné součástky zhotovené v podstatě v miniaturách. Kanálová sluchadla jsou celistvě zavedena do zvukovodu, zatímco zvukovodová sluchadla jsou vložena do zvukovodového vchodu a boltcová až do vnitřní části boltce. Nitroušní sluchadla vyžadují z důvodu zvětšené citlivosti na vlhkost a tendenci k rychlému znečištění cerumenem adekvátní péči (Hampl, 2013). Jsou také poměrně náročná na manipulaci, nejeví se proto příliš vhodnými právě pro seniory, kteří mají například omezenou jemnou motoriku horních končetin. Značná je také finanční nákladnost, neboť tyto typy sluchadel se vyrábí na míru (Horáková, 2012).
- Kapesní – jedná se o sluchadla ve formě malých krabiček. Od výroby tohoto typu sluchadla se již výrazně upouští.
- Brýlová – převážně fungují na principu kostního vedení, s tím, že vibrátor je ze strany uložen do brýlí. Od výroby se již kvůli vysoké finanční nákladnosti a neuspokojivému výběru také upouští.

### 1.6.2 Kochleární implantáty

*„Kochleární implantát představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu, která je určena lidem s těžkým sluchovým postižením, nebo lidem zcela neslyšícím.“* (Horáková, 2012, s. 100)

Kochleární implantát je tedy elektronické zařízení, které v podstatě nahrazuje funkci poškozeného vnitřního ucha. Zatímco sluchadla zvuky zesilují, kochleární implantáty vykonávají činnost poškozených částí vnitřního ucha, tak, aby do mozku zprostředkovaly zvukové signály.

Kochleární implantáty analyzují mikrofonom sejmutý zvuk a přetvářejí jej na sled elektrických impulsů, kterými jsou následně stimulována vlákna sluchového nervu. V nervových vláknech se tak vytvářejí vzruchy, které jsou sluchovými centry vyhodnoceny jako sluchové vjemy (Horáková, 2012).

Vnější část implantátu je zavěšena za ušním boltcem a skládá se z mikrofonu, zvukového procesoru, zdroje a vysílací cívky. Vnitřní část se operativně vkládá pod kůži za uchem, tvoří ji přijímač a svazek 22 elektrod implantovaných do hlemýždě – cochley.

Kochleární implantáty mají v současnosti dle Langer (2013) velmi vzestupnou tendenci výskytu. Kochleární implantát je určen pro jedince s takovým typem postižení, kterému ani odborná, intenzivní rehabilitace, ani vysoce výkonnostní sluchadla nezajistí percepci řeči. Primárně se jedná o jedince s oboustranným velmi závažným postižením sluchu. Aplikace je tedy vhodná pouze pro osoby buď zcela hluché, nebo s prakticky nevyužitelnými zbytky sluchu.

Langer (2013) dále dodává, že do programu kochleárních implantací jsou kandidáti vybíráni dle velmi přísných a nekompromisních kritérií. Pravidelně se provádí audiologická, logopedická a psychologická vyšetření. Důraz je ovšem kladen především na věk pacienta, typ a stupeň sluchového postižení, přiměřenou mentální úroveň, komunikační dovednosti a v neposlední řadě také na rodinné a sociální zázemí. V rámci zdárné implantace je očekávána spolupráce všech zúčastněných osob již v předoperační přípravě, především ale v době rekonvalescence a reedukace. Dle Horákové (2012) je ihned po implantaci nutná dlouhodobá odborná rehabilitační péče odvíjející se od mnoha faktorů, kterými jsou právě doba vzniku a trvání hluchoty, věk pacienta a osobnostní předpoklady, tedy kognitivní schopnosti či nadání pro řeč a jazyk. Vymlátílová (in Škodová, Jedlička, 2007) klade největší důraz právě na nadání pro řeč, k čemuž řadí verbální paměť, smysl pro rytmus, fonematický sluch a artikulační obratnost.

Kochleární implantace se v ČR provádí již 32 let. První implantace byla uskutečněna 19. 1. 1987 na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole. První dětský pacient byl operován na Klinice ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN v Motole v

roce 1993. V současnosti dostalo kochleární implantát v naší zemi již přes 1000 pacientů, z toho přibližně jedna třetina dospělých a dvě třetiny dětí. Za posledních 7 let byla kromě dvou zmíněných odborných pracovišť otevřena další 4 implantační centra.

V současnosti se v ČR provádí kochleární implantace na 6 klinikách:

- Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole – dospělí pacienti
- Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN v Motole – dětské pacienti
- Dětská ORL klinika FN Brno v Bohunicích – dětské pacienti
- Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FN u sv. Anny v Brně – dospělí pacienti
- Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FNO a LF OU v Ostravě – dětské pacienti
- Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FN HK v Hradci Králové – dětské i dospělé pacienti

Z mnoha vědeckých výzkumů vyplývá, že kochleární implantáty jsou obrovským přínosem v mnoha oblastech života osob se sluchovým postižením. Studie společnosti Cochlear v roce 1999 dokonce prokázala, že jedinci s kochleárními implantáty dosáhli cca 80 % porozumění běžným větám. V rámci výsledků stejné studie docílili lidé se sluchadly pouze 10 % porozumění totožného textu. Výzkum dále poukazuje na znatelně lepší koncentraci osob s kochleárními implantáty v hlučném prostředí, pocit většího bezpečí a rovněž výrazně lepší kvalitu života těchto osob z jejich vlastních subjektivních pohledů. Dotazovaní kromě již zmíněného také uvedli, že opět slyší zvuky, které před implantací neregistrovali, dále jsou schopni kvalitně telefonovat a v neposlední řadě se jim dostává mnohonásobně lepšího požitku z hudby či konverzace ve větší skupině osob.

Výsledný efekt se samozřejmě u mnoha jedinců liší. V rámci aplikace kochleárního implantátu záleží dle oficiálních webových stránek společnosti Cochlear na mnoha faktorech, především na tom, jak dlouho se jedinec se ztrátou sluchu potýkal před provedením zákroku. V úvahu se také bere konkrétní stupeň postižení, aktuální stav vnitřního ucha a jiná prodělaná vážná onemocnění. Důležitost se přikládá rovněž intenzivním tréninkům ucha v rámci cvičení na poslech. Samozřejmě jako u všech operativních zákroků jsou i s touto implantací spojená určitá rizika, například selhání implantátu.

Přínos kochleárního implantátu se hodnotí dle Nottinghamské škály:

0	Nedetekuje zvuky okolí
1	Vnímá zvuky okolí (ověřeno alespoň ve čtyřech situacích)
2	Reaguje na zvuky řeči (bú, pápá, hop)
3	Identifikuje zvuky okolí (pravidelně pozorujeme, že dítě monitoruje zvuky okolí sluchem)
4	Diskriminuje zvuky řeči bez odezírání (rozezná jakoukoli kombinaci dvou Lingových zvuků)
5	Rozumí běžným frázím bez odezírání (jak se jmenuješ?)
6	Rozumí řeči bez odezírání (rozhovor se známou osobou)
7	Používá telefon

Tab. 4: Nottinghamská stupnice (CAP – categories of Auditory Performance) (Vymátilová in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 486)

Dle zavedeného systému poskytování zdravotní péče v ČR hradí zdravotní pojišťovny celý proces, tedy od předoperačního vyšetření, přes operační zákrok až po pooperační rehabilitační péči. Zdravotní pojišťovny také plně financují samotný přístroj, tedy včetně zevních částí i zvukového procesoru, jehož cena se v současnosti pohybuje v rozmezí 518 000 – 620 000 Kč.

Uživatel kochleárního implantátu ze svých financí investuje pouze do následného provozu přístroje, konkrétně tedy do baterie, akumulátoru a dobrovolného připojištění. Pacienti mají také možnost výběru z široké nabídky příslušenství. Mohou si dokoupit například bezdrátové propojení s mobilním telefonem nebo televizí či speciální vodotěsný obal na zvukový procesor.

Po vypršení záruční lhůty si musí uhradit výměnu poškozených součástí a servis daného zařízení. Po uplynutí 10 let má uživatel implantátu možnost zažádat zdravotní pojišťovnu o výměnu zevní části zařízení. Dle nynějšího předpisu přispívají zdravotní pojišťovny na nový audio procesor pevně stanovenou částkou, a to konkrétně 173 649 Kč, zbylou část doplácí uživatel.

### 1.6.3 Další kompenzační pomůcky

Již dle výše uvedeného, v současnosti je k dispozici kromě sluchadel a možnosti indikace kochleárního implantátu velké množství technických pomůcek, jejichž úkolem je v co



největší možné míře usnadnit veškerou každodenní činnost osob se sluchovým postižením a posunout tak kvalitu jejich životů vzestupným směrem.

Principem signalizačních pomůcek je v podstatě nahradit akustický signál signálem světelným či vibračním. Můžeme zde uvést například budík založený na principu světelného signálu, vibrace nebo proudění vzduchu, dále zvonek na domovních dveřích nebo vyzvánění na mobilním telefonu fungující obdobně.

Dle Vágnerové (in Slowík, 2016) mají velmi důležitou roli i další technické pomůcky, jako jsou psací telefony, fax a počítače. Podle Langer (2013) právě díky počítačům a jejich schopnostem nahradit zvukové signály vizuálními informacemi nejsou alespoň v tomto případě lidé se sluchovým postižením znevýhodněni. Existuje velká spousta výukových programů, encyklopedií v multimediální podobě či elektronických slovníků, které mohou lidé se sluchovým postižením používat k nabytí nových poznatků a informací. V současnosti je tedy počítač spolu s téměř kdekoli poskytovaným internetem zcela nenahraditelnou pomůckou. Dále Horáková (2012) uvádí další skupinu pomůcek usnadňujících příjem informací, jako je nejrůznější televizní technika, teletext či skryté titulky. Často využívaná je také indukční smyčka. Jedná se o zařízení mnohdy využívané v divadlech, kinech, přednáškových sálech nebo na koncertech, neboť jej může použít více osob najednou. Součástí indukční smyčky je mikrofon pro příjem zvuku spolu s drátem nainstalovaným v prostoru. Mikrofon přijme zvuk a přetransformuje jej na elektromagnetický signál, který je veden do drátu indukční smyčky a dále šířen v prostoru. Lidé se sluchovým postižením tento signál přijímají převážně indukčním snímačem zabudovaným ve sluchadle.

K zákonu č. 301/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů byla zhotovena vyhláška č. 408/2017, kterou se mění vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. V ní je krom jiného zveřejněn v příloze č. 1, v části č. III také seznam všech pomůcek, na které mají lidé se sluchovým postižením nárok. Mezi tyto pomůcky patří kupříkladu signalizační systémy nahrazující zvukové signály světelnou či vibrační signalizací, speciální programové vybavení pro edukaci a reedukaci sluchu umožňující nácvik mluvení, odezírání nebo znakového jazyka (jedná se o aplikace do telefonu a programy do osobního počítače), individuální indukční smyčka, zařízení způsobilé k reprodukci rozhlasového nebo televizního vysílání anebo k reprodukci zvukových nebo zvukově obrazových záznamů, telefonní zesilovač nebo soustava

speciálních pomůcek pro přenos zvuku. Sluchadla a kochleární implantáty jsou samostatnou skupinou (viz podkapitoly 1. 6. 1 a 1. 6. 2).

## 2 Stáří a stárnutí

### 2.1 Vymezení stáří

*„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).“ (Mühlpachr, 2004, s. 18)*

Problematickou stáří a stárnutí se zabývá přírodní věda obecně známá jako **gerontologie** (z řeckého *gerón*, 2.p. *gerontos* = starý člověk a *logos* = nauka). Jedná se o interdisciplinární, komplexní vědu vycházející z biopsychosociální podstaty člověka a procesu stárnutí. Podstatou gerontologie je zkoumání zákonitostí, příčin a projevů stárnutí. Na danou problematiku je nahlíženo jak z hlediska biologického, medicínského, sociálního a demografického, tak i pedagogického, andragogického a speciálně pedagogického. **Klinická gerontologie** neboli **geriatrie** (z řeckého *gerón* = starý člověk a *iatro* = léčím) je speciální medicínský obor zabývající se zdravotním a funkčním stavem ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikou, následnou léčbou a celkovou kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem. Geriatrie vychází z poznatků mnoha vědních oborů, například z neurologie, psychiatrie, fyzioterapie či ergoterapie.

#### 2.1.1 Biologické stáří

Dle Mühlpachra (2004) se v rámci biologického stárnutí jedná o zcela hypotetické označení určitého rozsahu involučních změn, kupříkladu atrofie či poklesu funkční tělesné zdatnosti, které jsou zpravidla úzce spojené se změnami způsobenými nemocemi vyskytujícími se s vysokou incidencí z velké části ve vyšším věku. Velmi podstatný je fakt, že lidé totožného kalendářního věku se obvykle značně liší právě rozsahem involučních změn a mírou funkční tělesné zdatnosti. Dodnes tedy neexistuje žádná směrnice ani definice, která by jednotlivá období přesně definovala. Odborníci se shodují pouze na oblastech hodnocení, kterými jsou především výkonnost, funkčnost, kondice a patologie.

#### 2.1.2 Sociální stáří

*„Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.“ (Mühlpachr, 2004, s. 19)* V tomto smyslu se stáří chápe jako určitá neodkladná sociální událost.

Sociální stáří primárně vzniká nárokem na starobní důchod a postihuje sociální potřeby a role, ekonomické zajištění, životní prestiž i životní styl (Kalvach, Zadák, Jirák, Závazalová, Sucharda a kol., 2004). Věková hranice odchodu do starobního důchodu se v ČR poměrně často mění. Dle oficiálního ustanovení České správy sociálního zabezpečení je věková hranice u mužů narozených do roku 1936 stanovena na 60 let. U žen se tento věk snižuje počtem vychovaných dětí. Pokud žena vychovala 1 dítě, má nárok na odchod do starobního důchodu ve svých 56 letech, v případě 2 dětí se hranice snižuje na 55 let apod. U osob narozených mezi lety 1936 a 1977 se hranice posouvá každým rokem. U mužů je stanoveno rozmezí od 60 do 67 let. Ženy mohou podat žádost na odchod do důchodu ve věku od 57 do 67 let, ovšem i v tomto případě je brán zřetel na počet vychovaných potomků.

Ludíková (2012) považuje v rámci sociálního stáří za důležitou také sociální periodizaci života, která lidský život člení do 3 etap neboli věků:

- První věk (předproduktivní) – ve fázi dětství či mládí jsou typickými prvky především růst, vývoj, proces vzdělávání a přípravy k vykonávání povolání, a v neposlední řadě s již uvedeným spojené nabývání znalostí a zkušeností,
- Druhý věk (produktivní) – v epoše dospělosti je základem pracovní a sociální aktivita, spolu s biologickou produktivitou, v rámci které se jedná primárně o založení rodiny,
- Třetí věk (postproduktivní) – v období stáří v dochází k poklesu a úbytku tělesné zdatnosti a značné potřebě odpočinku.

Poměrně často se můžeme setkat s termínem „třetí věk“. Jedná se o pojmenování životního období po 60. roce věku a vychází právě z již zmíněné periodizace lidského života.

### **2.1.3 Kalendářní (chronologické) stáří**

Kalendářní stáří je stanoveno dovršením určitého věku, s kterým se obvykle znatelně a nepřehlédnutelně dostavují typické involuční změny. V hospodářsky vyspělých zemích dochází k tendenci posouvat hranici stáří až k věku 65 let. Důvodem bývá jak celkové stárnutí populace, tak prodlužování života ve stáří či zlepšování funkční tělesné zdatnosti seniorů.

WHO rozděluje stáří do 3 fází:

- 60 – 74 let: časně, počínající stáří, senescence,
- 75 – 89 let: vlastní stáří, senium, kmetství,

- 90 let a více: dlouhověkost, patriarchium.

Z hlediska nynější gerontologie je nejčastěji užívaná klasifikace stáří od Neugartenové (in Mühlpachr, 2004, s. 21):

- 65 – 74 let: mladí senioři,
- 75 – 84 let: staří senioři,
- 85 let a více: velmi staří senioři.

V období mladého seniorství udává hlavní roli schopnost adaptace na nastávající penzi, přizpůsobení života z hlediska přebytku volného času, hledání vhodných aktivit a seberealizace v činnostech naplňujících potřebu jedince z psychického i fyzického pohledu.

V etapě starého sénia nastupuje především citelná změna funkční tělesné zdatnosti spolu s často neobvyklým průběhem nemoci a následným vyhledáváním lékařské pomoci.

Fáze velmi starého seniorství s sebou přináší v první řadě sledování samostatnosti a soběstačnosti v různých ohledech, činnostech a situacích.

Ludíková (2012) používá k označení jedince staršího 60 let obecně pojem „senior“, stejně jako pro označení životní etapy probíhající kdykoli po 60. roce věku – seniorský věk.

#### **2.1.4 Dlouhověkost**

Pokročilý věk, většinou nad 90 let, se dle mnoha autorů označuje jako dlouhověkost. Tato věková kategorie zastává sice jen velmi malé procento populace, ovšem jejich počet má, ať už díky zvyšování životní úrovně či neustálým medicínským pokrokům, velmi vzestupnou tendenci.

#### **2.2 Proces stárnutí**

Stárnutí je dle Mühlpachra (2004) proces zákonitý a celoživotní. Dále dodává, že involuční změny se viditelným způsobem začínají projevovat na přelomu 40 a 50 let.

Z mnoha důvodů se jedná o proces s absolutně individuálním průběhem a značnou variabilitou. Dá se říci, že každý jedinec zaprvé stárne odlišnou rychlostí s rozdílnou genetickou výbavou, zadruhé žije v jiném prostředí, potýká se s odlišnými životními podmínkami a v neposlední řadě, každý jedinec vede svůj život zcela individuálním stylem, k čemuž se následně váže rozdílný zdravotní stav jak z psychického, tak z fyzického hlediska.

### 2.2.1 Biologická involuce

Biologická involuce je ovlivněná primárně genetickou výbavou a s ní spojenými dispozicemi. V seniorském věku lze na organismus působit pozitivním směrem především prostřednictvím různých **geriatrik**, tedy pomocí přípravků z vybraných léčivých rostlin dodávajících tělu chybějící látky, převážně minerály a vitamíny. **Nepravá geriatrika** se snaží pozitivně ovlivňovat či eliminovat chorobné příznaky stárnutí, nebo nejlépe jim zcela předcházet. Do této skupiny patří kombinace vazodilatačních drog, kterými jsou například ginkgo, olivovník, hloh, česnek, a látek lipotropních substancí, stopových prvků či hormonů. **Pravá geriatrika** zasahuje do degenerativních procesů a zlepšují adaptační schopnost organismu. Tato kategorie obsahuje rostlinné harmonizátory, dále antioxidanty, tedy vitamíny E, C či Beta karoten, a také některé vitamíny B – komplexu, jako jsou kyselina orotová a kyselina pangamová. Existuje spousta léčivých rostlin s nootropními a neuroprotektivními účinky, v čele se stále drží velmi známý, a právě seniory hojně užívaný jinan dvoulaločný, často nazývaný jako ginkgo biloba. Ve spojení s častými nemocemi může dojít až k imobilizačnímu syndromu, následné svalové atrofii, nechutenství a psychickým změnám. Psychické stavy vedoucí až k depresi mohou ovlivnit léčivé látky s antidepresivními účinky. Některé druhy zároveň zvyšují odolnost vůči stresu, chladu a námaze, napomáhají schopnosti smyslového vnímání a zkracují průběh respiračních virových infekcí. Další rostlinné výtažky, například ze ženšenu či jinanu dvojlaločného ovlivňují průtok krve, prokrvení tkání a činnost vegetativního nervového systému (Červenka, Jahodář, 2006).

### 2.2.2 Tělesná involuce

Stárnutí s sebou přináší řadu psychických i fyzických změn. Říčan (2004) upozorňuje na obtížnost v rozpoznání jejich příčiny. V seniorském věku mnohdy nemůžeme zcela přesně určit, zda se jedná o změny způsobené přímým či nepřímým vlivem určité nemoci, nebo o změny vzniklé přirozeně vyšším věkem. Vzhledem k jedinečnosti každého lidského organismu jsou i tyto změny zcela individuální. Jednotlivé tělesné systémy, orgány a jejich funkce slábnou a stárnou nerovnoměrně, každý svým tempem. Dle Ludíkové (2012) mají na tělesné změny zásadní vliv převážně dědičné předpoklady a vlivy prostředí. Především genetické dispozice jsou hlavní příčinou interindividuálních rozdílů. Jisté vědecké výzkumy dokazují, že počátek a průběh stárnutí mají lidé geneticky předurčený, stejně jako pravděpodobnou délku trvání života. Ovšem rychlost procesu stárnutí ovlivňuje především prostředí.

Velmi těžko se na takovýto asynchronní proces nahlíží jedním způsobem či měřítkem, i přesto lze vyzdvihnout určité společné znaky. Právě proto Mühlbacher (2004) uvádí pouze výčet podstatných a řekněme nejčastějších somatických změn a jejich primárních důsledků.

V rámci pohybového systému dochází k úbytku svalové síly, zhoršení funkce hlubokého cití a pohybové koordinace. V mnoha případech se můžeme setkat až s chronickým zánětem kloubů či onemocněním páteře a dolních končetin.

V případě imunitního systému dochází k zvýšené tvorbě autoprotilátek a celkovému snížení obranyschopnosti organismu.

V oblasti nervového systému se nervové vedení zpomaluje, zatímco reakční doba prodlužuje. Často nastávají problémy s ukládáním či vybavováním informací.

V rámci respiračního systému dochází k úbytku vitální kapacity plic.

Ve vylučovacím systému zaostává funkce ledvin a často se objevují poruchy funkce močového měchýře, s tím, že může dojít až k inkontinenci.

V případě trávicího systému dochází k snížené produkci trávicích šťáv, dále ke zpomalení činnosti hladké svaloviny a degradaci funkce svěrače.

Snížená funkce kardiovaskulárního systému způsobuje zhoršení v oblasti průtoku krve, dále dochází ke zvyšování především systolického krevního tlaku a k poklesu tepové frekvence, s čímž se pojí celkové snížení srdeční výkonnosti.

Kožní problémy se projevují především úbytkem elasticity kůže, pomalejším tempem zacelení ran, úbytkem potních žláz a poruchami termoregulace.

V oblasti smyslového vnímání dochází například k poklesu zrakové a sluchové ostrosti nebo také k přecitlivělosti na silné světlo. Velmi častým projevem stárnutí je presbyopie, tedy oční vada způsobená degradací částí oční čočky, nebo také presbyakuzie, tedy typická stařecká nedoslýchavost. Postupně odumírají také chuťové a čichové buňky.

Říčan (2004) k dané problematice doplňuje informaci o možnosti setkání se s tzv. polymorbiditou. Jedná se o výskyt několika chronických onemocnění současně. Stav polymorbidních pacientů má tendenci se neustále zhoršovat, náchylnost k nemocím roste a zdravotních komplikací přibývá.

### 2.2.3 Duševní involuce

V rámci duševní involuce se setkáváme s obdobným problémem jako u involuce tělesné, tedy jen těžko jsme schopni odlišit změny vzniklé přirozenou cestou nárůstem věku od změn způsobených přítomností duševní poruchy. Obojí změny mají totiž velmi podobné následky. Kromě již zmíněného se v duševním stárnutí „*prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které s sebou věk nese a které determinují duševní involuci.*“ (Říčan, 2004, s. 337)

Ludíková (2012) se v rámci psychologického pohledu na stáří opírá o teorii psychosociálního vývoje německo – amerického psychoanalytika E. H. Eriksona, v níž primárním vývojovým úkolem stáří je dosažení plné integrity v pojetí vlastního života. Cílem je přijetí svého života takového, jaký skutečně byl, uvědomění si jeho smyslu a pozitivní nahlížení i zhodnocení celého jeho průběhu. Vyrovnání se s chybami, akceptace nevydařených událostí a smíření se se všemi fázemi života ve svém konečném důsledku usnadňuje i přijetí smrti.

Avšak přístupy jednotlivých seniorů ke stáří se velmi různí. Proces přizpůsobení se období stáří je zcela individuální záležitostí. Procházková, Solárová (2014) uvádějí strategie zásadně ovlivňující tento proces, kterými jsou konstruktivnost, závislost, obranný postoj, nepřátelství a sebenenávist. V souvislosti s těmito strategiemi se dotváří vztah rodiny a společnosti k jednotlivým seniorům.

Je samozřejmostí, že i duševní činnost lidí seniorského věku, stejně jako aktivita ostatních orgánů, výrazně zpomaluje. Příčinou je pomalejší aktivita mozkových buněk. Senioři obecně nebývají motivováni k provádění určitých činností tak, jak by bylo žádoucí. Jejich vůle slábne stejně jako síly, a tím z jejich strany často dochází k výrazné opatrnosti spojené se strachem. Senioři obvykle upřednostňují přesnost před rychlostí, špatně snáší změny a nové životní situace a svým způsobem ztrácí zájem o okolí, záliby i některé osoby. Jako problematrické a psychicky náročné události uvádí Ludíková (2012) například odchod do důchodu, smrt partnera či stěhování do domova pro seniory. U některých seniorů se mohou s překotným psychickým stavem projevit až psychické poruchy, nejčastěji se jedná o psychogenní neurózy. Příčinou může být jak duševní citlivost, tak zranitelnost, závislost, závažná ztráta či stres. Léčba probíhá farmakologicky nebo formou psychoterapie. Prostřednictvím psychoterapie se senioři často vyrovnávají s těžkými životními ztrátami, odloučením, samotou a zklamáním. Další poměrně běžnou psychickou poruchou



v seniorském věku bývá deprese. Deprese je psychické onemocnění projevující se intenzivním smutkem, duševní bolestí, neklidem, úzkostí a rezignací. Obvykle vzniká jako reakce na těžkou ztrátu, čímž je myšlena například smrt partnera, amputace končetiny nebo přemístění z rodiny do domova pro seniory. V některých případech vzniká následkem tělesného onemocnění, kdy je pacient sužován neustálou bolestí, nespavostí a vyčerpáním (Říčan, 2004).

Výraznými změnami prochází i kognitivní funkce. Zpomalují se reakční časy i poznávací procesy. Informace jsou zpracovávány pomaleji a uchovávány krátkodoběji, ovšem nutno dodat, že schopnosti paměti souvisí jak s mírou užívání, tak s nabytým vzděláním. Dále dochází k degradaci zrakové i sluchové percepce, což může často vést až k dezorientaci v prostředí. Vágnerová (2007) také upozorňuje na patrné změny postihující fluidní inteligenci. Krystalická inteligence, tedy inteligence ovlivněná vzděláním a mírou nabytých vědomostí a dovedností, se v zásadě příliš nemění ani v rámci procesu stárnutí. Zato inteligence fluidní, tedy obecná schopnost řešit problémy, prochází velmi citelnou obměnou. Obvyklými projevy v praxi jsou například neadekvátní reakce na neznámé situace či neúspěšnost v hledání nových řešení životních problémů.

### **2.3 Sociální služby a zařízení pro seniory**

Jak uvádí Mühlpachr (2014), stejně jako zdraví patří k životu i nemoc a zdravotní postižení. Riziko zdravotního postižení v důsledku dlouhodobé nemoci, vážného úrazu nebo vrozené vývojové vady existuje u každého jedince a roste s přibývajícím věkem. Každá vyspělá země by se měla umět o jedince s postižením náležitě postarat a věnovat jim adekvátní podporu a péči ve všech možných oblastech.

Oblast sociálních služeb prošla za dobu své existence velmi výraznými a významnými změnami. Koncem 19. a počátkem 20. století se začaly ústavy primárně sloužící k vylučování lidí ze společnosti orientovat na lidské potřeby. Ústavní péče prošla obměnou a její koncepce se zaměřovala na ochranu klientů před nároky vnějšího světa. Ovšem až změny po roce 1989 byly téměř revoluční a vnesly do společnosti zcela odlišnou ideologii. K tomuto datu se váže proslov Johna Fitzgeralda Kennedyho, v té době již bývalého prezidenta Spojených států amerických, ve kterém prohlásil, že *„měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany.“* Následně změnila spousta národů své postoje a upravila zákony tak, aby lidé s postižením měli více možností a život v mnoha oblastech kvalitnější, než tomu do té doby bývalo. Nynější společnost je charakteristická především

hledáním alternativních způsobů. Primárními prvky v přístupu k jedincům s postižením jsou léčba, rehabilitace, rekonvalescence, péče a podpora.

V souvislosti s legislativou nastala velmi výrazná změna s vydáním zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nyní zákon č. 47/2019 Sb., ve znění pozdějších předpisů. V něm jsou ukotveny veškeré podmínky a možnosti poskytování péče osobám v nepříznivé životní situaci. Zákon dále definuje podstatu a cíl sociálních služeb a přesně vymezuje příspěvky na péči.

Výrazná obměna zasáhla také oblast komunitního plánování v poskytování sociálních služeb. Nyní musí zastupitelé každého kraje či obce prozkoumat svou spádovou oblast, a zjistit sociální potřeby daných obyvatel. Dle výsledků poté zhotoví plán. Podstatou plánu je vytvoření tzv. triády. Jedná se o proces komunikace mezi zadavatelem, poskytovatelem a udržovatelem sociálních služeb. Změnou prošel také způsob financování sociálních služeb. Na příspěvek na péči, jejichž výše je členěna do 4 kategorií, má nárok každý nesoběstačný jedinec.

Podstatou sociálních služeb je zajistit svou činností pomoc a podporu lidem, kteří ji vzhledem ke svému věku nebo zdravotnímu stavu potřebují, dále dbát na sociální začlenění, v krajním případě na prevenci sociálního vyloučení. Zákon o sociálních službách vychází z práva na sociální pomoc a zajišťuje již zmíněné kategorie osob řadu nároků a práv. Na základě přesvědčení, že jsou si všichni lidé rovni, mají stejnou důstojnost a jejich životy stejnou hodnotu, představují sociální služby významný nástroj pro zajištění lidských práv. K zajištění odpovídající kvality a efektivity sociálních služeb, naplnění potřeb a spokojenosti uživatelů je zapotřebí pečlivě plnit požadavky přicházející právě ze strany klientů (Malík Holasová, 2014).

Veškeré sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé sociálních služeb, kteří splnili podmínky stanovené zákonem. Poskytovateli sociálních služeb mohou být obce a kraje, nestátní neziskové organizace, tedy například občanská sdružení a církve, fyzické osoby a dále také ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby bývají financovány z různých zdrojů, například prostřednictvím státních dotací, grantů a fondů, dále pomocí příspěvků zřizovatelů a příspěvků na péči. Podstatný podíl tvoří také příjmy z veřejného zdravotního pojištění a vedlejší hospodářská a mimořádná činnost (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005).

### 2.3.1 Druhy sociálních služeb

Zákon č. 47/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje následující druhy sociálních služeb - § 32:

- „a) sociální poradenství,*
- b) služby sociální péče,*
- c) služby sociální prevence.“*

A v § 33 ustanovuje následující formy sociálních služeb:

- „(1) Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.*
- (2) Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.*
- (3) Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.*
- (4) Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.“*

**Sociální poradenství** zahrnuje dvě složky, základní a odbornou.

V rámci základního sociálního poradenství poskytují sociální pracovníci jedincům důležité informace napomáhající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Jedná se o povinnou součást veškerých sociálních služeb.

Odborné sociální poradenství je mířeno na zajišťování potřeb osob konkrétních sociálních skupin. Zřizuje se tedy například v poradnách pro seniory, v poradnách pro osoby se zdravotním postižením a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu.

Cílem **služeb sociální péče** je začlenění konkrétních osob do běžného života a zajištění jejich fyzické i psychické soběstačnosti. V situacích, kdy jsou zmíněné aspekty z důvodu zdravotního stavu vyloučeny, je účelem těchto služeb zaručit klientovi důstojné zacházení a prostředí. Vyhledávanými službami sociální péče jsou z hlediska seniorů především osobní asistence, pečovatelská služba, domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením (Matoušek, 2003).

Záměrem **služeb sociální prevence** je zabránit sociálnímu vyloučení osoby ohrožené krizovou sociální situací, životními návyky či způsobem života vedoucím až ke konfliktu se společností. Primárním cílem služeb sociální prevence je různými způsoby podporovat

jedince k zvládnutí nepříznivé životní situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Frekventovanými službami sociální prevence jsou z hlediska seniorů převážně telefonická krizová pomoc, služby následné péče a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (Matoušek, 2012).

### **2.3.2 Zařízení sociálních služeb**

Pro poskytování sociálních služeb se dle § 34 zákona č. 47/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zřizují tato zařízení: *„centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče. Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.“*

#### **2.3.2.1 Domovy pro seniory**

V domovech pro seniory jsou ze zákona poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Cílem domovů pro seniory je zajistit seniorům komplexní péči s plnou podporou, a umožnit jim důstojně zestárnout. Žádost o přijetí do zařízení musí žadatel zaslat na příslušný spádový sociální odbor nebo přímo do pobytového zařízení. Přijetí seniora by mělo probíhat za přítomnosti ředitele zařízení, sociálního pracovníka, vrchní a všeobecné sestry, pracovníka ve sféře sociálních služeb, fyzioterapeuta a pracovníka ve sféře volnočasových aktivit. Klienti si každý měsíc financují bydlení, stravu a další zpoplatněné služby.

Sociální pracovník vyhotoví individuální plán sociálních služeb, vypracuje dokumentaci obsahující lékařskou, ekonomickou a sociální část, a přidělí seniorovi konkrétního klíčového pracovníka. Ten je poté pro seniora v podstatě důvěrníkem, který s ním řádně komunikuje, zjišťuje, jestli jsou veškeré poskytované služby v pořádku, pomáhá mu vyřešit problémy nebo uzpůsobit konkrétní situace jeho potřebám. Klíčový pracovník také komunikuje s rodinou a klientovým blízkým okolím. Přístup k jednotlivým seniorům je zcela individuální, odpovídající jejich potřebám a aktuálnímu zdravotnímu stavu. Fyzioterapeut vypracuje

individuální rehabilitační plán. Seniori mají také možnost vybrat si z aktuální nabídky libovolnou volnočasovou aktivitu (Kalvach, 2004).

Denní program bývá vypracován individuálně podle konkrétního zařízení. Obvykle do něj bývají zařazeny ergoterapeutické nebo volnočasové činnosti, dále individuální či skupinová rehabilitace za přítomnosti fyzioterapeuta a někdy také různé kulturní akce. Mimo jiné jsou v průběhu celého dne poskytovány seniorům běžné ošetrovatelské činnosti. V předem stanovených termínech provádí lékař vizitu. V případě změny zdravotního stavu daného klienta je dle zhodnocení situace přivolán lékař nebo zdravotnická záchranná služba. Pokud si to situace vyžaduje, je klient ihned převezen do nejbližší nemocnice (Malíková, 2011).

V § 49 zákona č. 47/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů jsou vymezeny následující činnosti, které jsou seniorům v rámci pobytu v tomto zařízení poskytovány:

- „a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) aktivizační činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

#### **2.3.2.2 Domovy s pečovatelskou službou**

Domovy s pečovatelskou službou nejsou podle zákona o sociálních službách ústavními zařízeními sociálních služeb. Jedná se výhradně o byty ve vlastnictví obce, jejichž zřizovateli jsou městské úřady. Byty jsou klientům přidělovány dle předem stanovených kritérií. Po splnění požadavků dochází k uzavření klasické nájemní smlouvy, na jejímž základě obdrží klient samostatný nebo sdílený byt. Pro uzavření nájemní smlouvy k bytu v domově s pečovatelskou službou nejsou vytyčena žádná speciální pravidla. Byty v domech s pečovatelskou službou jsou dle § 2300 občanského zákoníku, tedy zákona č. 460/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 89/2012 Sb., řazeny do kategorie „byty v domech zvláštního určení“. Obyvatelům těchto bytů bývá zpravidla dle zákona o sociálních službách poskytována sociální služba ve formě pečovatelské služby.

Cílem domů s pečovatelskou službou je poskytování takových sociálních služeb, které individuálně vyhoví veškerým potřebám a přáním klientů při zachování jejich plné autonomie. Klienti si mohou zažádat také o poskytování zvlášť hrazených služeb, kterými jsou například pomoc při osobní hygieně, doprovod k lékaři či na úřady, zajištění stravy a nákupu nebo pomoc s domácími pracemi (Matoušek, 2003).

Domy, obvykle bezbariérové, jsou členěny na malé bytové jednotky s kuchyňskou linkou a koupelnou. V areálu zařízení mnohdy bývá také ordinace, jídelna či klub seniorů. Z pohledu seniorů se jedná o velmi populární a vyhledávaný způsob bydlení.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace bezpodmínečně vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Pečovatelskou službu zajišťují příslušné obecní úřady, ovšem mohou ji poskytovat i nestátní a charitativní organizace. Tento druh sociálních služeb je obyvatelům domu s pečovatelskou službou poskytován na základě smlouvy uzavřené mezi konkrétním uživatelem a poskytovatelem sociální služby.

I přesto, že žadatelem o vykonávání pečovatelské služby je sám občan, může návrh podat i blízká rodina, zdravotník nebo sociální pracovník. Ošetřující lékař posoudí míru soběstačnosti žadatele a odbor sociálních věcí posléze zveřejní rozhodnutí o pečovatelské službě. Pečovatelská služba je poskytována v pracovním týdnu od 7 do 17 hodin vždy podle potřeb klientů, jedenkrát i dvakrát denně (Kalvach, 2004).

Pečovatelská služba dle § 40 zákona č. 47/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů vykonává následující činnosti:

- „a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.“*

## **2.4 Potřeby seniorů se sluchovým postižením**

Všechny životní fáze se projevují určitými potřebami, které se v průběhu života mění. Mlýnková (2011) tvrdí, že v rámci procesu stárnutí dochází k fyzickým a psychickým změnám, k poklesu soběstačnosti a redukci sociálních kontaktů, čímž se mění celková

struktura potřeb stárnoucích jedinců. Oproti tomuto tvrzení Žumárová (2012) uvádí, že u seniorů dochází vzhledem ke změnám funkčního potenciálu a změnám sociálního statusu k subjektivnímu nahlížení na hierarchii potřeb, ovšem ve své podstatě struktura potřeb obměnou neprochází.

Každý člověk má neohledně na věk a zdravotní stav svou ojedinělou životní historii a individuální hodnotový žebříček. Je samozřejmostí, že primárními potřebami jsou ty fyziologické. Ovšem hodnotový systém se v průběhu života mění. V pozdější dospělosti jsou hlavními potřebami především seberealizace, úspěch a uznání. Ve stádiu stáří se mezi zásadní potřeby řadí zejména bezpečí, láska, rodina a blízké okolí a v neposlední řadě sounáležitost (Mlýnková, 2011). Se zvýšenou frekvencí onemocnění, degradací zdravotního stavu a s tím spojeným poklesem soběstačnosti narůstá jak pocit vlastní zbytečnosti, tak i potřeba bezpečí (Vágnerová, 2007).

Člověk je obecně společenský druh, který si zakládá na sociálních vztazích s potřebou být svým okolím pozitivně přijímán. Už jen proto má v životě seniorů velkou váhu postoj a chování blízkého okolí. Primárně záleží na blízkosti rodiny, rodinných vztazích a kontaktu s přáteli. Lidé v seniu prahnou po jisté sociální roli a pozici ve společnosti mnohem intenzivněji, než lidé v mladším věku (Vágnerová, 2007).

V rámci uchování schopností a dovedností je v pokročilé fázi stáří nezbytná určitá stimulace, díky které se jedinec nezačne potýkat s monotonií a pocity nesmyslnosti života vedoucími ke ztrátě motivace až apatii. Kladení malých cílů je výraznou pomocí k zachování pocitu užitečnosti a autonomie. Optimistickým přístupem k životu, byť v období pozdějšího senia, může člověk nadále podněcovat svou dlouhověkost (Příbyl, 2015).

Složení potřeb osob se sluchovým postižením se ve svém základu neliší od potřeb intaktní populace. Vychází tedy z Maslowovy pyramidy jakožto hierarchie lidských potřeb, kterou v roce 1943 formuloval americký psycholog Abraham Harold Maslow. Jedná se o potřeby fyziologické, potřebu bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, uznání a úcty a konečně seberealizace. Ovšem lidé se sluchovým postižením mají kromě již zmíněného také potřeby vycházející z jejich postižení, které jsou vázány na výběr komunikačního kódu, dále na formu vzdělávání, vlastnosti a charakter daného jedince. Zcela nezbytné je také podotknout, že životní optimismus a kvalita života zmíněných osob se odvíjí především od přijetí a ztotožnění se se svým postižením. Právě od akceptace postižení a znevýhodnění se odvíjí celý komplex hierarchie potřeb a hodnot a jejich následné ukojení.

Z důvodu velkého množství komunikačních bariér a častého informačního deficitu hraje v rámci naplnění potřeb, životní spokojenosti a adekvátní kvality života velkou roli především potřeba plnohodnotné komunikace. Lidé se sluchovým postižením tedy velmi často vyhledávají společnost, ve které se zdárně orientují, mohou zde neomezeně komunikovat, sdělovat své pocity, prožitky a životní události bez jakýchkoli omezení a komunikačních selhání. Prostředí, ve kterém se lidé se sluchovým postižením cítí svobodně, naplněně a plnohodnotně, se velmi výrazným způsobem odráží na psychice těchto osob. Ve slyšící společnosti se mnohdy cítí méněcenně a nespokojeně, proto valná většina z nich vyhledává prostředí, ve kterém mohou fungovat z jejich vlastního pohledu mnohem snadněji (Krahulcová, 2003).



### 3 Kvalita života

V současnosti je sice ve světovém měřítku o problematiku kvality života enormní zájem, avšak lidská populace se o ni zajímá již stovky let. Většina internetových i knižních zdrojů se shoduje, že úplně poprvé byl termín „kvalita života“ v originálním znění „quality of life“, (dále jen QOL), použit roku 1920 v publikaci Ekonomie blahobytu anglického ekonoma a profesora politické ekonomie Arthura Cecila Pigou. V 70. letech 20. století se tento pojem objevuje jak ve sféře ekonomické, tak už i té sociální. Založením mezinárodních vědeckých a společenských organizací se již zmíněný termín postupně dostává i do koncepčních dokumentů OSN.

V 2. polovině 20. století proběhlo v USA první zkoumání kvality života občanů, jehož hlavním smyslem bylo zjištění jejich subjektivních pocitů v dané oblasti. Tato událost dala vznik rozsáhlému vědeckému bádání, tvorbě konceptů a nástrojů měření kvality života. Posledních téměř 30 let lze považovat za tzv. zlatou éru této problematiky. Zkoumání kvality života se stalo součástí mnoha vědních oborů, konkrétně například psychologie, sociologie, ekonomie i ekologie (Heřmanová in Hradilová, 2017).

#### 3.1 Vymezení definic a pojmů kvality života

Globálně existuje velká spousta definic kvality života, avšak ani jedna z nich nebyla za posledních 30 let akceptována všeobecně. Jejich znění se zpravidla liší pojetím vědního oboru, který se definicí zabývá.

Payne (2005, s. 207) vnímá kvalitu života na obecné úrovni jako *„důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.“*

Světově známá psycholožka Denise Dellarosa Cummins definuje z hlediska psychologie kvalitu života následovně: *„Kvalita života je objektivní i subjektivní, obě osy zahrnují sedm stejných domén: materiální well – being, zdraví, produktivitu, intimitu, bezpečí, komunitní a emoční well – being. Objektivní domény tvoří kulturně relevantní míry objektivního well – being. Subjektivní domény tvoří spokojenost v rámci každé domény, která je vážená podle důležitosti pro jedince.“* (Cummins in Ludíková, 2012, s. 11)

Kirby, Brooks (in Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) pojmají kvalitu života jako *„stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby; je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrz něž se je jedinec snaží naplnit.“*

Kvalita života je vícedimenzionální problematikou, na kterou je nahlíženo z mnoha různých vědních disciplín, názorových proudů i konceptů. Kvalitu lze dle Křivohlavého (in Ludíková, 2012) posuzovat staticky i dynamicky, deskriptivně i perspektivně, individuálně i skupinově. Z hlediska statistiky je brán v potaz určitý časový údaj, z pohledu dynamiky zase jistý progres v čase.

S tématem QOL bývá velmi často spojováno slovní spojení „osobní pohoda“ z anglického originálu „well – being. Šolcová, Kebza (2004) vnímají osobní pohodu jako „*dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem.*“ Dragomirecká (2007, s. 21) charakterizuje „well – being“ jako „*setrvalý pocit, že je člověku dobře, prožívání pohody, štěstí a spokojenosti, přičemž tato subjektivní kritéria by měla vždy být v relativním souladu s kritérii objektivními.*“ V rámci dané problematiky se můžeme setkat také s pojmy, jako jsou například blaho (welfare), úspěch (success), tělesná pohoda (fitness) a štěstí (happiness).

Dle Ryffové a Keyesové (in Ludíková, 2012) můžeme na osobní pohodu nahlížet z následujících aspektů:

- sebepřijetí (self – acceptance) – kladný postoj k sobě samému, pozitivní přijetí povahy včetně dobrých i špatných vlastností, akceptace existence a vyrovnání se s minulostí;
- pozitivní vztahy s druhými – kladné vztahy s rodinou a nejbližším okolím, schopnost empatie a zájem o životy druhých lidí;
- autonomie – nezávislost daného jedince, umění odolání tlakům, očekávání vnějšího prostředí a uchování si vlastního názoru;
- zvládání životního prostředí (environmental mastery) – přehled o společenském dění, uchopení životních příležitostí a jejich následné využití pro vlastní potřeby a cíle;
- smysl života (purpose in life) – nalezení smyslu života a jeho naplnění;
- osobní rozvoj (personal growth) – neustálý osobní růst a vývoj, chopení se životních šancí a využívání nabytých vědomostí a schopností k naplnění životních cílů;

Ovšem ukazatelů well-beingu existuje v globálním měřítku opravdu velká spousta. Například v rámci European Quality of Life Survey z roku 2018, tedy průzkumu kvality života v evropských zemích, patří mezi ty hlavní především subjektivní pocit osobní pohody, optimismus, zdraví, životní úroveň, faktory deprivace a rovnováha mezi osobním a pracovním životem.

Zdraví a osobní pohoda má na kvalitu života zásadní vliv, už jen proto se tyto aspekty staly předmětem mnoha mezinárodních výzkumů. Výzkumy QOL byly realizovány v oblasti veřejného zdraví ve většině evropských zemích. Nejlepšího výsledku téměř každoročně dosahují severské země, tedy Norsko, Švédsko, Finsko a Dánsko, ke kterým se přidávají také Belgie, Německo a Švýcarsko. Švédsko a Norsko dosahují pravidelně také nejnižší úrovně sociální exkluze.

### **3.2 Přístupy ke kvalitě života**

#### **3.2.1 Medicínský přístup**

Klíčovým pojmem je „zdraví“, tedy dle WHO *„stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“* Kvalita života je dle Světové zdravotnické organizace definována jako jedincovo subjektivní vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury, ve které žije, hodnotového žebříčku a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám.

Vadňurová, Mühlpachr (2005) definují ve vztahu k nemoci a jedincově prožívání daného stavu pět základních okruhů kvality života v roli pacienta. Konkrétně jimi jsou první řadě aktuální zdravotní stav z pacientova pohledu, soběstačnost, dále akceptace a pomoc nejbližší rodiny a bezprostředního okolí, také individuální funkční norma a v neposlední řadě využívání veškerých pacientových možností a ekonomická situace.

#### **3.2.2 Sociologický přístup**

Z hlediska sociologie jsou ve spojení s kvalitou života frekventovanými pojmy především „životní úroveň“, kterou Payne (2005, s. 211) definuje jako *„měřítko kvantity a kvality služeb, jež jsou lidem k dispozici“*, „způsob života“, v rámci kterého je vnímán charakter daného jedince, obsah života a život komplexně a „životní styl“, který Dvořáčková (2012, s. 64) pojímá jako *„všeobecné sociální podmínky, které určují kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti.“*

Dalším důležitým bodem pojícím se ke kvalitě života je potřeba, o které se již zmiňuji v předchozí kapitole. Posledním pojmem z pohledu kvality života v sociologii je „hodnota“. Existuje mnoho odlišných definic tohoto termínu. Jesenský (in Ludíková, 2012) ji definuje jako *„každý jev, který má pro jednání a existenci člověka zásadní význam.“*

### 3.2.3 Environmentální přístup

Z hlediska environmentálního přístupu se nahlíží například na stav zabezpečení zdravé výživy obyvatelstva, úroveň zdravotní péče a podmínky pro společenské a pracovní uplatnění osob s postižením (Ludíková, 2012).

### 3.3 Modely kvality života

V rámci modelů kvality života je usilováno o komplexní pohled na problematiku hodnocení QOL a o ucelení celé subjektivní i objektivní koncepce. Modely QOL jsou multidimenzionální problematikou s absolutně nejednotným pojetím a uchopením.

Heřmanová (in Hradilová, 2017) řadí mezi nejpopulárnější modely QOL následující:

**Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto** pojímá kvalitu života komplexně, ve třech základních a devíti dílčích složkách. První základní okruh je spojen s bytím a osobní charakteristikou daného jedince. Je zde nahlíženo na fyzické bytí spolu se zdravím, výživou, hygienou, pohybem, odíváním a celkovým vnějším vzhledem, dále na bytí psychologické, v rámci kterého se posuzuje duševní zdraví, vnímání, emoce, sebeúcta a sebekontrola, a konečně na bytí spirituální, jehož základem jsou osobní hodnoty, víra a přesvědčení. Druhý základní okruh je spojen s konkrétním prostředím, a tedy se schopností někam patřit. Nahlíží se zde na fyzické napojení doma, ve škole či v zaměstnání, na sociální napojení v rámci rodiny, blízkého okolí, kolegů a také na napojení komunitní, tedy konkrétně na pracovní příležitosti, finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávání a společenské aktivity. Posledním základním okruhem je myšleno dosahování osobních cílů a schopnost realizace. Domácí aktivity, školní a zájmové aktivity, zaměstnání, péče o zdraví a společenské aktivity jsou řazeny do kategorie praktické realizace. Volnočasovou realizaci chápeme jako relaxaci zabraňující šíření stresu. Realizace růstová se projevuje jako schopnost adaptace na změny a činnosti napomáhající zachování a rozvoji již nabytých znalostí a dovedností (The quality of life model, University Toronto, Canada in Ludíková, 2012).

**Model kvality života dle Kováče** využívá široké škály podmínek znázorněných ve třech úrovních, konkrétně na úrovni všelidské, individuálně – specifické a kulturní. Koncept parciálně čerpá z Maslowovy pyramidy potřeb. Prof. PhDr. Damián Kováč je uznávaný slovenský psycholog působící na Ústavu experimentální psychologie Slovenské akademie věd. Po většinu své kariéry zkoumal poznávací procesy osobnosti, avšak v současnosti se věnuje právě problematice QOL a teoretické psychologii. Model vytvořil jako odezvu na

koncept QOL od WHO, zařadil do něj navíc i systém preferovaných individuálních hodnot, včetně smyslu života jakožto hlavního hybatele lidského chování.

**Model 4 kvalit života** je modelem autorů E. Oleary a M. A. García – Martin. Jedná se o koncept z hlediska holistického pojetí čtyř základních hodnotitelných oblastí života člověka ve společnosti, kterými jsou v první řadě kontext a zázemí, faktory prostředí, dále osobnostní charakteristiky a také míra zpracování informací. Na rozdíl od předchozích modelů kvality života zdůrazňuje aktivní roli daného jedince při zpracování veškerých faktorů v konkrétní situaci a zohledňuje jak objektivní faktory prostředí, tak i osobnostní kvality a životní zkušenosti (Francová in Heřmanová, 2012). Tento model jako první upozorňuje na dynamičnost, různorodost, subjektivnost, individuálnost, sociální podmíněnost, ale také na charakter prožitku kvality života každého člověka, tedy na komplexnost a velmi obtížnou uchopitelnost a pojetí daného termínu (Heřmanová, 2012).

**Model kvality života pracovníků kanadské armády** se opírá o pět základních složek, které se v životech pracovníků v armádě pravidelně vyhodnocují. Soustředí se na objektivní životní indikátory, subjektivní aspekty QOL však nehodnotí (Heřmanová, 2012).

### 3.4 Měření kvality života

V rámci měření QOL je nezbytné respektovat metodologicky uznávaná pravidla, kterými jsou validita, reliabilita či citlivost. Důraz je kladen na vhodnou volbu nástroje měření, kde rozlišujeme dvě základní skupiny, tedy nástroje obecné a specifické.

**Obecné nástroje** měření QOL zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví ve formě dotazníků zjišťujících nejdůležitější aspekty kvality života jedince. Nejčastěji užívanými obecnými nástroji měření QOL jsou Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile a Dotazník SF - 36 (Vaďurová, Mühlpachr in Ludíková, 2012).

**Specifické nástroje** měření QOL se soustředí na hlavní složky dané oblasti měření. Specifikem zmíněných nástrojů je úzké zacílení měřené oblasti, tedy citlivé hodnocení konkrétní specifikované oblasti. Globálně využívanými nástroji tohoto typu jsou primárně Arthritis Impact Measurement Scale, MOS – HIV a Epilepsy Surgery inventory (Vaďurová, Mühlpachr in Ludíková, 2012).

Křivohlavý (in Ludíková, 2012) odlišuje metody měření QOL, v rámci kterých hodnotí kvalitu druhá osoba, tedy metody objektivní, od metod, kde je hodnotitelem sama zkoumaná osoba, tudíž metody subjektivní. Využívané jsou také metody smíšené.

Objektivní metody se využívají k měření QOL především v medicínské oblasti, kde je snahou kvantifikovat onemocnění a z něj vyplývající tělesný stav.

Nejpopulárnější metodou subjektivního měření QOL je v současnosti SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of life, tedy systém individuálního hodnocení kvality života. Metoda využívá k zjištění nejdůležitějších aspektů života jedince strukturovaných rozhovorů, v rámci kterých je úkolem zkoumaného jedince uvést pro něj 5 nejpodstatnějších podnětů v konkrétních situacích. U všech podnětů je následně uváděna i procentuální míra uspokojení. Jako nejdůležitější aspekty respondenti uvádějí především zdraví, rodinu, zaměstnání, finanční situaci a náboženství. Avšak pořadí aspektů se v průběhu života mění, což dokazují i odpovědi osob staršího věku, pro které je důležitější sociální činnost, volnočasové aktivity a životní podmínky (Vaňurová, Mühlpachr in Ludíková, 2012).

Dalšími subjektivními metodami měření QOL jsou kupříkladu Lancashire Quality of Life Profile – LqoLP, Lancashire Quality of Life Profile – European Version – LqoLP – EU nebo SQUALA. SQUALA neboli Subjective Quality of Life Analysis je dotazník posuzující kvalitu života ze subjektivního pohledu, který sestavil M. Zannotti v roce 1992. Jeho českou verzi publikovala Eva Drahomířková. Dotazník ze své podstaty vychází z Maslowovy hierarchie potřeb.

Nástroje můžeme specifikovat také dle konkrétního zaměření, v našem případě především na psychický stav, funkční stav a komplexně stav zdravotní. V rámci měření QOL v oblasti zdraví využíváme dotazníků WHOQOL - 100, World Health Organization Quality of Life Assessment a WHOQOL – BREF, tedy hodnocení kvality života z pohledu Mezinárodní zdravotnické organizace. Zmíněné dotazníky byly vytvořeny v 90. letech pracovní skupinou WHOQOL, kterou tvořili zástupci 15 výzkumných center z různých zemí světa. Mezi hodnocené oblasti patří fyzické zdraví, psychická pohoda, stupeň samostatnosti, sociální vztahy, životní prostředí a duchovno ve spojení s osobním vyznáním. Dotazník se skládá ze 100 položek hodnocených na stupnici 1 – 5. Dotazník WHOQOL - BREF je zkrácenou verzí WHOQOL - 100 (Ludíková, 2012).

Proces zdokonalování nástrojů měření QOL se nadále rozvíjí, především je spojený s „*nutností zdokonalení samotné koncepce kvality života hlavně ve světle fundamentálních změn, které jsou vyvolané technologickým progresem, globalizací a potřebou reflexe vlivu, který mají na život lidí.*“ (Bačišin in Hudáková, Majerníková, 2013, s. 32) V této souvislosti se nadále vyhledávají a zohledňují další možné faktory, aspekty a podmínky.

### 3.5 Kvalita života seniorů

Šimová (in Hudáková, Majerníková, 2013) uvádí, že QOL seniorů se primárně odvíjí od fyzického stavu, psychického stavu a psychické podpory, míry závislosti na druhé osobě a schopnosti adaptace. Dále záleží na převládajícím emocionálním prožívání a subjektivním pohledu na vlastní stárnutí. Grochulska (in Hudáková, Majerníková, 2013) dodává, že pokles fyzické aktivity, přítomnost chronického onemocnění ani vysoký věk nejsou vždy podmínkami snížení QOL. Hrozenská, Balogová (in Hudáková, Majerníková, 2013) vyzdvihují podpůrné faktory, jako například optimismus, sebedůvěru a snahu o plnohodnotný život, které mohou kvalitu života seniorů značným způsobem ovlivnit pozitivním směrem, stejně tak jako tři pilíře, kterými jsou již zmíněný optimismus, blízké okolí a vlastní volnočasová aktivita. Soustředění se na zmíněné podněty spojené s pozitivními myšlenkami na život a stále vnímání jeho smyslu i ve vysokém věku značně ovlivňuje psychický stav člověka a kvalitu života v celém svém komplexu.

K poklesu QOL u seniorů dochází především z důvodu negativního postoje k životu, ke kterému se váže jak šíření negativních pocitů, tak odmítání smyslu života a ztráta autonomie. Autonomii chápeme především jako fyzickou a finanční soběstačnost. Soběstačnost zastává velkou roli především z hlediska psychického stavu, lze ji považovat za určitý zdroj sebeúcty (Motlová in Hudáková, Majerníková, 2013).

Mohylová (in Hudáková, Majerníková, 2013) považuje za velmi důležité podotknout, že prostředí, ve kterém senior trvale žije, by mělo vyhovovat jeho sociálním, fyzickým i psychickým potřebám. Tímto se snaží reagovat na skutečnost, v rámci které senioři žijící v domovech pro seniory trpí negativními pocity mnohem častěji a ve větší míře, než senioři žijící ve vlastních domácnostech.

Česká vláda v rámci Národního programu přípravy na stárnutí již v roce 2008 považovala za nezbytné stanovit v mnoha oblastech taková opatření, která odvrátí ageistický pohled na stárání a osoby ve vysokém věku, zamezí šíření mýtů o dané skupině osob v médiích, zajistí zvýšenou pozornost QOL ve stárání a komplexně změni negativní přístup ke stárnutí lidské populace. Ve zmíněném programu je mimo jiné upozorňováno na fakt, že lidé v seniorském věku mají stejně jako občané ostatních věkových kategorií právo být hodnoceni individuálně, na základě svých schopností a dovedností.

Současným nejfrekventovanějším nástrojem pro měření QOL seniorů je dotazník nazývaný WHOQOL – OLD, který vznikl v rámci projektu výzkumných center WHO. Jedná se o

adaptaci měření kvality života u intaktní populace a obvykle se používá ve spojení s výše zmiňovanými obecnými škálami. Dotazník se skládá z hodnocení šesti oblastí, konkrétně tělesné, psychické, míry nezávislosti, kvality sociálních vztahů, prostředí a osobních hodnot. Na tvorbu české verze má velký podíl především tým specialistů Psychiatrického centra v Praze. WHO momentálně usilovně pracuje na tvorbě zcela nových modulů mířených na měření QOL osob v séniu, kupříkladu na rozvoji dotazníku pro osoby s různým typem postižení – DIS – QOL (Hudáková, Majerníková, 2013).

Z provedených výzkumů vyplývá, že z pohledu samotných seniorů zastávají velmi důležitou roli především společenské vztahy zahrnující sociální kontakty, dále potřeba asistentů a využití v rámci sociálních aktivit. Problematickým jevem byl shledán již zmiňovaný přístup k seniorům projevující se nedostatkem respektu a předsudky. Další hodnocenou oblastí byla kvalita a dostupnost zdravotní péče, a komunita a poskytované služby, zejména pak přístup k informacím (Ludíková, 2012).

### **3.6 Kvalita života osob se zdravotním postižením**

V souvislosti s touto problematikou se setkáváme se značnou heterogenitou skupiny jedinců se zdravotním postižením. Ke značné diferenciaci dochází v rámci skupin s tělesným a mentálním postižením, neboť na QOL daných osob má značný vliv typ postižení, stejně tak jako jeho míra. Velkou roli zastává v oblasti QOL osob se zdravotním postižením jednání, zacházení, postoje a názory intaktní populace vedoucí k úpravám legislativy, směrnic v ekonomice, zdravotnictví a podmínek ve školství.

Lidé se zdravotním postižením mají dle Listiny základních práv a svobod zaručena stejná práva jako intaktní občané ČR. Avšak pravdou je, že ne ve všech situacích je jednání většinové společnosti adekvátní k jejich potřebám. Stejný problém můžeme vidět i u aktuální legislativy.

První výzkumné šetření spolu s následnou výsledkovou statistikou v oblasti QOL osob se zdravotním postižením bylo provedeno v roce 2007. Smyslem výzkumu bylo nalézt, případně zcela odstranit bariéry znesnadňující zlepšování kvality života osob se zdravotním postižením. Výsledky upozornily především na markantní rozdíly v úrovni zdravého způsobu života v jednotlivých zemích EU. Odlišná vazba mezi životní spokojeností a zdravotním postižením se ukázala jako hlavní příčina vzniku rozdílných výsledků v jednotlivých zemích (Hudáková, Majerníková, 2013).



Ve zmíněném výzkumném šetření zkoumajícím spojitost zdraví a postižení a vliv těchto dvou subjektů na QOL se ve všech zkoumaných zemích potvrdilo, že subjektivní pohled respondentů na jejich zdravotní stav má velký dopad na celkovou životní spokojenost. Pokud jedinec na svůj zdravotní stav nahlížel negativně, převažoval tento aspekt nad ostatními ukazateli, například nad emocionálním klidem. Výsledky poukazují na vážný negativní dopad zdravotního postižení, od kterého se QOL jedince ve velké míře odvíjí (Hudáková, Majerníková, 2013).

### **3.7 Kvalita života osob se sluchovým postižením**

Koncept QOL ve spojení se sluchovým postižením představuje velmi rozsáhlý a specificky dimenzovaný model, ve kterém nejvíce působící aspekty v podstatě nelze přesně identifikovat. Hradilová (2017) uvádí, že v rámci sluchového postižení nemusí být dopad zdravotního stavu na subjektivní i objektivní prožívání člověka tak enormní, jak je obecně předpokládáno. Pokles kvality života z důvodu sluchového postižení je velmi zavádějícím, často publikovaným tvrzením, které ovšem nelze uznat za platné. I zde je nutné podotknout, že jedinci se sluchovým postižením či znevýhodněním představují vysoce heterogenní skupinu. Každý člověk s postižením sluchu se se svým zdravotním stavem vyrovnává pomocí vlastních copingových a kompenzačních strategií, jedná se tedy o zcela individuální průběh s velmi rozdílnými účinky a dopady. Nelze tedy žádným způsobem obecně vyjádřit, do jaké míry ovlivňuje kvalitu života daný fyzický stav.

Hodnocení QOL u jedinců se sluchovým postižením pomocí dotazníku WHOQOL - 100 provedly např. Rēklaitiene, Karpavčiūtė a Požėrienė v roce 2010. V jejich výzkumu můžeme nalézt jak klady, tak zápory. Nevýhodou jejich šetření je poměrně nízký počet respondentů ( $N = 10$ ), oproti tomu výhodou vidíme v provedení totožného šetření i na vzorku intaktní populace ( $N = 14$ ). Výsledky opět dokazují, že vliv zdravotního postižení na QOL není zdaleka tak enormní, jako v obecných představách intaktní společnosti, neboť jedinci s postižením jsou schopni vyrovnat se se svým aktuálním zdravotním stavem takovým způsobem, že finálně jejich kvalita života klesá jen mírně. Z objektivních indikátorů QOL můžeme uvést např. demografické faktory. Síla vlivu sluchového postižení na kvalitu života se odvíjí od pohlaví, věku, socioekonomického stavu a environmentálních aspektů daného jedince (Hradilová, 2017).

Dafydd, Kramer (in Hradilová, 2017) uvádí, že důsledkem nízkého socioekonomického stavu ve spojení se zdravotním postižením je především zhoršení přístupu ke zdravotní péči a vzhledem k finanční nákladnosti také menší využívání kompenzačních pomůcek. Vnímání

vlastní ekonomické situace a s ní spojená subjektivní spokojenost zastává v QOL důležitý aspekt.

Hradilová (2017) upozorňuje na fakt, že výzkumné studie v oblasti kvality života osob se sluchovým postižením z velké části zahrnují především starší občany a seniory potýkající se s presbyakuzií, tedy stařeckou nedoslýchavostí. U jedinců z kategorie mladé a střední dospělosti jsou psychosociální dopady daného postižení obvykle větší než u osob v pozdějším senu. Jako podstatný se zde jeví např. odlišný životní rytmus a potřeby osob s presbyakuzií a osob v produktivním věku. Je tedy zjevné, že subjektivní a objektivní faktory QOL se doplňují a navzájem ovlivňují.

Velmi důležitým prvkem v oblasti QOL osob se sluchovým postižením je také přístup majoritní společnosti, která by měla lidi s postižením považovat za stejně významné, plnohodnotné členy společnosti jako všechny ostatní členy intaktní populace. Neboť právě společnost často vytváří svými postoji a jednáním osobám se sluchovým postižením pocity méněcennosti narůstající až do komplexů. (Procházková, Vysuček, 2007). Je tedy velmi důležité jednat s lidmi s postižením empaticky, ale zároveň rovnocenně. Nicméně i z důvodu časté komunikační bariéry můžeme vidět u osob s postižením sluchu tendenci realizovat svůj společenský život spíše v okruhu lidí se stejnými problémy (Skákalová, 2011).

## **4 Senior se sluchovým postižením a jeho kvalita života**

### **4.1 Cíle výzkumného šetření**

Výzkumné šetření v rámci empirické části diplomové práce se zabývá analýzou znevýhodněných oblastí v rámci kvality života seniorů se sluchovým postižením.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, ve kterých konkrétních oblastech kvality života seniorů se sluchovým postižením došlo k největšímu poklesu. K hlavnímu cíli se neodlučitelně vážou veškeré dílčí cíle. První dílčí cíl výzkumného šetření zjišťoval, jakými způsoby se lidé se sluchovým postižením v seniorském věku vypořádávají se svým postižením a jakým stylem k úbytku sluchových schopností přistupují. Dílčí cíl č. 2 se zaměřoval na zvolené pomůcky, kterými jedinci z výzkumného souboru kompenzují úbytek sluchových schopností. Pomocí dílčího cíle č. 3 bylo zkoumáno, do jaké míry sluchové postižení ovlivňuje jejich psychický stav a míru začlenění do společnosti.

Na základě cílů výzkumného šetření byly adekvátně zvoleny následující výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka: Která konkrétní oblast kvality života seniorů s postižením sluchu je nejvíce negativně ovlivněna?

K prvnímu dílčímu cíli se vážou následující výzkumné otázky:

1. Dochází senioři se sluchovým postižením na pravidelné lékařské kontroly?
2. Jakým způsobem senioři s úbytkem sluchových schopností překonávají komunikační bariéry?

Ke zjištění druhého dílčího cíle byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

1. Využívají senioři s postižením sluchu kompenzační pomůcky?
2. Jsou senioři se sluchovým postižením spokojeni s poskytovanými sluchadly?

Ke zjištění třetího dílčího cíle přispívaly následující výzkumné otázky:

1. Setkávají se senioři se sluchovým postižením s negativními reakcemi okolí?
2. Do jaké míry jsou ovlivněny psychické procesy seniorů s úbytkem sluchových schopností?
3. Zaznamenávají lidé se sluchovým postižením v senu prvky sociální izolace?

## 4.2 Použitá metodika sběru dat

Pro výzkumné šetření v rámci empirické části diplomové práce byla zvolena strategie *kombinovaného* – tedy *kvalitativního* i *kvantitativního* výzkumu.

Kvalitativní výzkum představuje intenzivní výzkumné šetření v dlouhém časovém úseku. Výzkumník z něj zpravidla vyhotovuje podrobný zápis, v kterém zaznamenává téměř všechny podněty i subjekty, které se daného výzkumu účastní, či jej ovlivňují. Obvykle bývají pořízeny obrazové či audiofonní záznamy, které se ve výsledné interpretaci výsledků analyzují (Gavora, 2010).

Kvalitativní výzkum se velmi často provádí formou interview. „*Cílem interview je zjistit, jak osoby interpretují svět kolem sebe, jaké významy připisují důležitým událostem ve svém životě.*“ (Gavora, 2010, s. 201)

S přihlédnutím ke zvolenému tématu práce byla zvolena právě forma rozhovoru. Konkrétně se jednalo o *polostrukurované interview*, kdy byl předem vyhotoven seznam rámcových otázek, od kterých se dále vyvíjely další doplňující dotazy.

„*Hlavním cílem výzkumníka v kvantitativním výzkumu je třídění údajů a vysvětlení příčin existence nebo změn jevů.*“ (Gavora, 2010, s. 36) Gavora (2010) dále uvádí, že v rámci kvantitativního výzkumu vybírá výzkumník respondenty takovým způsobem, aby došlo k reprezentaci konkrétní části populace.

Za nejfrekventovanější a nejpropracovanější techniku získávání dat používanou v případě kvantitativního výzkumu považujeme dotazník. Dotazník funguje na principu kladení otázek písemnou formou a získávání prostřednictvím zpětné vazby písemných odpovědí (Olecká, Ivanová, 2010).

Dotazník byl pro svou přehlednost a možnost zásahu velkého počtu respondentů zvolen jako forma sběru dat i pro výzkum v této práci. Konstruován byl dle logické návaznosti, koncipován pak do 7 jednotlivých okruhů.

## 4.3 Metodika výběru respondentů a charakteristika výzkumného vzorku

Pro vyhotovení požadovaných rozhovorů bylo základem vyhledat zařízení adekvátní ke zkoumané oblasti výzkumného šetření. Nejprve byl tedy proveden průzkum možností spolu s vytipováním institucí vhodných k vyhotovení výzkumu. Následně došlo formou e – mailové komunikace ke zkontaktování 10 institucí, přičemž na prosbu o provedení výzkumného šetření reagovaly pouze 2 z nich. Konkrétně se jednalo o domov pro seniory a domov pro osoby se zdravotním postižením a o domov pro seniory. Posléze proběhlo

telefonické spojení s řediteli zmíněných zařízení, došlo k projednání nezbytných záležitostí a dohodnutí konkrétního termínu provedení výzkumu.

Po domluvě s personálem a přidělení seznamů vhodných respondentů, které vypracovaly ředitelem pověřené pracovnice v oblasti aktivizačních služeb, se uskutečnily rozhovory celkem s 11 respondenty. Po důkladném rozmyšlení byly pro výzkumné šetření vybrány rozhovory s 8 respondenty. Konkrétně se jedná o 6 žen a 2 muže v rozmezí 84 – 97 let. Průměrný věk respondentů tedy činí 89, 5 let. Zvoleni byli jedinci sdílní, s adekvátní mentální úrovní, ochotní podepsat souhlas se zpracováním osobních údajů.

Sedm z uvedených respondentů jsou lidé v seniorském věku se sluchovým postižením a zároveň uživatelé sociálních služeb žijící ve zmíněných ústavech sociální péče. Osmý respondent jako jediný z nich žije v prostředí svého domova a nevyužívá sociální služby. Ke zvolení této osoby pro výzkumné šetření došlo kvůli možnosti následného porovnání výsledků vzhledem k osobám obývajícím sociální zařízení a jedincům žijícím v přirozeném prostředí se svými rodinami.

Pro sběr doplňujících informací formou dotazníku byli zvoleni odborníci v oblasti ORL a foniatrie. Jednalo se o zaměstnance jak ve státním, tak i soukromém sektoru.

Nejprve byl zhotoven průzkum v oblasti daných ambulancí tak, aby došlo k pokrytí co největšího množství krajů ČR. Posléze nastalo vyhledávání konkrétních lékařů ve zmíněném oboru a rozesílání odkazu na online dotazník spolu s průvodním dopisem na jejich oficiální e – mailové schránky. Finální počet odeslaných dotazníků činí 108. Návratnost byla nad očekávání malá. Jedná se o 24 dotazníků, procentuálně tedy 22, 22 %. Za pozitivní prvek můžeme považovat rozložení navrácených dotazníků celkem do 13 krajů ČR. Jediným nezastoupeným krajem, z kterého se nenavrátil ani jeden dotazník, je kraj Karlovarský. Kraje jsou tedy zastoupeny celkem v 92,85 %.

#### **4.4 Charakteristika výzkumného prostředí**

##### **4.4.1 Zařízení AB**

Zařízení AB je soukromé zařízení bezbariérového typu poskytující registrované sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách lidem se sníženou soběstačností, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči jiné fyzické osoby ve formě: domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby.

Dále zajišťuje pomoc druhé osoby při uspokojování životních potřeb klientů s cílem zachovat a rozvíjet jejich soběstačnost a samostatnost, schopnosti, dovednosti a společenské

návyky, na které byli celoživotně zvyklí. Základem je snaha o dosažení kvalitního života spolu se zachováním společenských vazeb a vztahů.

Zařízení AB také poskytuje rodinné zázemí, pohodlné bydlení, plnohodnotné stravování a nadstandardní profesionální péči po dobu 24 hodin denně, kterou zajišťuje tým lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů a ergoterapeutů. Bydlení je poskytováno v plně vybavených, bezbariérových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Celková kapacita zařízení činí 47 lůžek.

Cílovou skupinou daného zařízení sociálních služeb jsou senioři nad 65 let věku se sníženou soběstačností, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dále senioři nad 65 let, jejichž rodinná situace vyžaduje ubytování na dobu přechodnou a jejichž stav jim nedovoluje pobývat bez pomoci druhé osoby. Poslední kategorií jsou jedinci se zdravotním postižením odkázání na pomoc a péči druhé osoby ve věkové hranici nad 25 let.

#### **4.4.2 Zařízení XY**

Zařízení XY poskytuje služby především seniorům ve věku od 65 let se sníženou soběstačností primárně z důvodu věku, jejichž aktuální situace vyžaduje každodenní pomoc a péči jiné fyzické osoby.

Cílem daného zařízení je zajistit lidem v seniorském věku prostřednictvím pobytových služeb příjemné a klidné prostředí s kvalitní péčí.

Komplexní péči zajišťují kvalifikovaní pracovníci v oblasti sociálních služeb po dobu 24 hodin denně. Péče je individuální dle konkrétních potřeb a přání klientů. Jedná se především o pomoc při výkonu osobní hygieny, při stravování a také o velmi důležitou podporu podněcující adaptaci klienta v novém, neznámém prostředí.

Seniorům je také poskytována ucelená sociální podpora ve formě pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů, dále v podobě nápomoci při vyřizování osobních záležitostí a kontaktu s úřady či při udržování sociálních kontaktů. Zmíněné zařízení obstarává klientům kvalitní lékařskou péči vždy dvakrát v týdnu, ošetrovatelskou péči vykonávají kvalifikovaní pracovníci ve zdravotnických službách. Klienti mohou využívat možnosti odvozu a doprovodu ke specializovaným lékařům či na žádoucí vyšetření. V neposlední řadě je zde poskytována také logopedická péče a psychoterapie. Lze využít i nabídky bazální stimulace.

#### 4.5 Průběh výzkumného šetření

Rozhovory byly provedeny postupně v časovém úseku od listopadu roku 2018 do února roku 2019. Všichni respondenti byli velice vstřícní a ochotní poskytnout osobní a intimní údaje a informace týkající se dané oblasti výzkumného šetření. Rozhovory byly prováděny postupně, individuálně. Ve výzkumném objektu AB probíhaly vždy v pokoji daného respondenta za přítomnosti další spolubydlící osoby, rozhovory ve výzkumném prostředí XY probíhaly v uzavřených místnostech bez přítomnosti další osoby. Respondent žijící v domácím prostředí byl vyzpovídan v přirozeném prostředí v obývacím pokoji bez přítomnosti další osoby. Rozhovory měly odlišnou dobu trvání, přičemž nejkratší z nich probíhal 20 minut, nejdelší 1 h a 10 minut. Celková doba rozhovoru se odvíjela od aktuálního zdravotního stavu a ochotě sdílet množství informací. Každý z dotazovaných podepsal souhlas o zpracování osobních údajů pro účely výzkumného šetření této práce. Všichni také souhlasili se zaznamenáváním informací do diktafonu v mobilním zařízení.

Dotazníky k doplnění informací určené odborníkům v oblasti ORL a foniatrie byly postupně rozeslány během měsíce ledna roku 2019. Vzhledem k velmi nízké návratnosti byla nejméně dvakrát dohledávána další vhodná lékařská pracoviště. Vyplněné dotazníky byly přijímány až do konce měsíce února roku 2019.

#### 4.6 Interpretace získaných údajů

##### 4.6.1 Rozhovory

Zhotovené rozhovory jsou členěny do několika částí v závislosti na zkoumané oblasti. Obsah pokládaných otázek, stejně jako jejich posloupnost byla dodržována u všech dotazovaných stejným způsobem. Odpovědi respondentů jsou striktně zachovány ve svém originálním znění.

##### **Rozhovor č. 1 – pan A**

Pan A, 89 let, VŠ vzdělání. Žije v rodinném domě spolu s manželkou, dcerou a zeťem. Dle lékařské zprávy činí ztráta sluchu aktuálně celkem 94,6 %.

##### **Sluchové postižení**

Pan A se se sluchovými problémy potýká postupně od roku 1979.

*„Ale byly to jen takové krátkodobé, proměnlivé problémy...v té době se to ještě nijak neléčilo, jen se konstatovalo... pravé ucho se ale postupně zhoršovalo. V roce 2000 už jsem nosil první sluchadlo, ale ještě jsem se docela slušně domluvil a celkem se bez něj obešel. Pak od roku 2000 se to zhoršovalo a v říjnu roku 2013 došlo k totálnímu zhoršení.“*

Pan A začal své sluchové problémy řešit ihned při pocíťování prvních příznaků.

*„Jistě, že jsem šel hned k lékaři, ale to bylo spíše v rámci preventivních prohlídek... řekl jsem jim, že špatně slyším, oni to vzali na vědomí, ale žádné medikamenty nebo tak mi nedali.“*

Příčiny shledává v častých problémech v mládí a také v genetických predispozicích.

*„No, já jsem v dětství i mládí často trpěl na záněty středního ucha, od dětství mám také píchnuté bubínky. Dalo by se i říct, že zde možná hraje roli i dědičný faktor ze strany otce, protože měl stejné problémy.“*

Svému sluchu věnoval důkladnou péči a vždy při subjektivních pocitech zhoršení navštívil ušního lékaře.

*„Moje první oficiální léčba začala v roce 2000...to mi dali nějakých 10 infuzí. 10 dní jsem tam musel ležet, oni mi to vždy píchli, pustili tím nějakou tekutinu a ono to zahřívalo. Potom to vyndali, zalepili a další den to samé znovu. Za 10 infuzí jsem měl 23 vpichů a obě ruce úplně modré, protože se nikdy nemohli trefit. V roce 2014 jsem byl podruhé na vazoaktivní infuzi a to už teda bylo trochu inteligentnější. Byl jsem tam osmkrát po sobě, ale alespoň mě vždycky pustili normálně domů. No, každopádně to vůbec nepomohlo, ani to první, ani to druhé.“*

Pan A dochází doposud na pravidelné kontroly a opakovaná vyšetření.

*„No, já chodím k ušní tady k nám do města...nejdříve to bylo co kvartál, teď už je to co půl roku, ale když mám potíže, mám přijít kdykoli...no, ale vždycky je to z konstatování to samé, tam už se nic nevylepší. Ale na foniatrii kvůli přidělu sluchadla musím vedle do města a tam mi ten sluch měří nějakými lepšími přístroji. Tam sedím v kabině a oni mi pouští jako z rádia nějaké věci a já mám říkat, jestli to slyším nebo ne. Ale na těch procentech se shodují.“*

### **Kompenzační pomůcky**

Sluchadlo nosí na pravém uchu, a to již od roku 2000, levé ucho již nedisponuje žádnými zbytky sluchu. V rámci zachování kvality svého života vyzkoušel několik druhů, aby se mohl rozhodnout, které sluchadlo je nejefektivnější a nejpříjemnější na poslech.

*„No, s těmi sluchadly je to tak...já si můžu vybrat nějaké, které hraří pojišťovna plně, ale takových sluchadel už jsem měl několik. Já jsem si potom vyhledal nějaké informace i na internetu, a když se mě pak zeptala, do jaké finanční kategorie bych sluchadlo chtěl, tak jsem*



*ji řekl, že do 20 000 Kč...no, tak mi dala nějaké švýcarské. No, a aby toho nebylo moc, tak to švýcarské mi tady leží v šuplíku, protože je to obrovský žrout na baterky a je málo intenzivní. Tak jsem si nechal opravit to staré od firmy Siemens, tam je aspoň pěkná regulace na hlasitost, tak to teď používám. “*

Pan A se bez sluchadla sice neobejde, i přesto má k funkčnosti a kvalitě poslechu určité výhrady a nároku na výměnu sluchadla po 5 letech aplikace již příliš nevyužívá.

*„No...ale ten poslech, to je k ničemu...není to, že bych slyšel přirozený hlas. Já slyším kdeco, kdejaké klepnutí...ale ten lidský hlas je prostě hrozně zkreslený. Já jsem si to teď co 5 let měnil, ale teď už možná zůstanu u těch, co tu mám, protože vím, že žádné jiné sluchadlo mi nic nevylepší. To už je v takovém stádiu to procento nedoslýchavosti, že žádné sluchátko už tomu nepomůže. “*

Pan A dále uvádí jak problémy, které se od jeho sluchového postižení přímo odvíjí, tak pomůcky, kterými se je snaží eliminovat či kompenzovat.

*„No, mě vysvětlovala doktorka, že tam jsou nějaké krystalky v tom uchu, které se pohybují a zároveň udržují rovnováhu. No a tím, že já už je mám degenerativně poškozené, tak to má za následek zhoršení rovnováhy...takže musím chodit s holí a tu rovnováhu si vyrovnávat...ale s francouzskými holemi bych stejně chodil už i kvůli té artrózy. “*

Další uvedenou pomůckou jsou televizní sluchadla, bez kterých si pan A sledování televize již nedokáže představit.

*„...z TV vůbec nic, to musím mít přes sluchátka a slyším to plechově, prostě zvuk jako na nádraží. Není to prostě dokonalé, jsou tam šумы a podobně...někdy mi to háže echo, jakože odraz a já to pak slyším dvakrát s nějakým časovým posunem. “*

Pan A také klade důraz na možnost odezírání z úst, přičemž dodává, že se jedná o složitou problematiku, neboť většina lidí neumí komunikovat tak, jak je v těchto situacích žádoucí. Kromě níže uvedeného také podotýká, že lidé často nejsou schopni na něj mluvit v klidu a přímo z očí do očí, často tedy komunikují v pohybu, potočení do různých stran, což z hlediska pana A komunikaci výrazným způsobem znesnadňuje.

*„To je pro mě vylepšení, když to vidím...to mi dost pomáhá...ale jen u lidí, kteří umí pořádně otevírat pusy. “*

Respondent uvádí, že orientovat se kontextem aktuálního hovoru příliš nelze, snaží se tedy vnímat veškerá sdělení, z čehož dle respondenta vyplývá velmi častá a silná únava.

*„No, víš...on kontext moc neexistuje, když z toho máš takový mix. Snažím se podchytit, co se dá, ale je to dost namáhavé...ten mozek to chce mermomocí podchytit a já jsem z toho pak unavený, jak bych složil pytle cementu.“*

### **Komunikace a společenská účast**

Dle pana A klesla kvalita života velmi výrazně především v oblasti komunikace, čímž zároveň utrpěla aktivní účast ve společnosti a společenském dění. Největší problém shledává v komunikaci s větší skupinou lidí.

*„No já jsem vlastně úplně vyřazen z nějakého, jak bych to nazval, společenského života...mohu se bavit jenom prostě tak na vzdálenost ani ne dvou metrů a jen s jedním člověkem, protože jinak tomu prostě nerozumím. Když jsem v nějakém kolektivu a mluvím dva nebo víc lidí, tak já nerozumím ani jednomu, to mám pak z toho takzvaný sluchový mix...všechno mi to splývá dohromady a pak se musím pořád doptávat.“*

Avšak komunikační bariéry pociťuje všude a téměř dennodenně, jak v běžných každodenních situacích, tak při vyřizování nutných formalit.

*„Ano, všude...já to zpravidla řeším tak, že ukážu na to ucho, kde mám sluchadlo... a oni to pochopí a přijdou blíž. Zažil jsem humornou věc, jak jsem odhlašoval Felicii na dopravním inspektorátu...tam mají totiž taková ta okénka...a tam já slyším tuplem nic. No, takže klasické formální vyřizování a ona mi potom řekla na závěr...tak a teď si zajděte tam a tam...a já ji říkám, že mám sluchadélko a vůbec ji neslyším a poprosil jsem ji, ať to zopakuje hlasitěji...no a ona vzala kus papíru a napsala na něj všechno, co mi dává a co mám posléze udělat. Mě to pobavilo, tak jsem si to schoval.“*

Pan A konstatuje, že lidé obecně toto postižení respektují a snaží se mu vždy, když je to zapotřebí, nějakým způsobem pomoci.

*„Ano, ano...bud' to ti lidi přijdou blíž, nebo to napíšou na papír...respektuje se to všude. Jinak jako pomoci nepotřebuju...však to vidíš, já si zajedu do obchodu a podobně a jsem v cajku...akorát nemohu jít třeba do kina, no.“*

Žádné známky diskriminace či negativního přístupu okolí nepociťuje.

*„To vůbec ne, žádná diskriminace. Prosím tě, takových hluchých je půl republiky, není důvod k diskriminaci. Takto ti to řeknu...já jsem se stáhnul do ulity, protože kam se budu cpát...proto říkám, že já jsem odmítl už chodit na nějaké meetingy, protože mě nebaví tam chodit a sedět jak nějaká nedopečená buchta a jen se usmívat. Prostě, když někam jdu, tak*

*se musím bavit, zúčastnit se debaty...no, takže teď už se nikam necpu, ale když jdu někam dobrovolně, tak žádná diskriminace není, že by jako řekli...fotr, táhni s tím svým uchem, to ne.“*

Dotazovaný jakoukoli formu sociální izolace vylučuje, aktuální zastávající roli ve společnosti vnímá jako přirozený důsledek úbytku sluchových schopností.

*„Ne, já do společnosti nechodím dobrovolně, nejsem vyloučený. Je to přirozené, zcela přirozené, že nemohu chodit tam, kde neslyším. Víš...u mě je důležitý faktor ten, že u mě to totální zhoršení nastalo ve vyšším věku, takže už ty moje společenské aktivity pominuly, to už tak nějak přirozeně odpadalo...to je jasné, že s věkem nároky na nějaký bujarý společenský život končí, nebo se to přinejmenším dost utlumí...takže mě to až tak nevadí.“*

Přístup rodinných příslušníků a blízkého okolí vůči panu A se v rámci subjektivních pocitů dotazovaného nezměnil.

*„Ne, jen se na mě musí více rvát. Ale nejlepší je, jak někteří říkají, že už mají zhoršený sluch taky kvůli mně...přitom já všem pořád říkám, ať na mě mluví tak nejlépe z metru a přímo...no, ale stejně na mě pořád někdo mluví z kuchyně, když já jsem v obýváku a podobně...a pak si ještě stěžují, že musí tak rvát a pak už taky skoro neslyší.“*

Respondent dodává, že jedinci v blízkém okolí jeho handicap znají a přizpůsobují tomu své chování i způsob komunikace.

*„Sousedí taky přesně vědí, jak se mnou mluvit...že třeba musí mluvit úplně u plotu...takže ta komunikace se vždycky dá nějak vymyslet. Většina lidí to ví a kdo neví, tak mu to ukážu.“*

Pan A uvádí, že k výrazné změně či eliminaci aktivit ve volném čase v důsledku sluchového postižení nedošlo.

*„Když jsem byl v zaměstnání, tak jsem ještě sluchadlo neměl. Teď už jsem třicet let v důchodu, ale 22 let jsem potom ještě dělal na živnostenský list, a to už jsem sluchadlo měl...no, ale vůbec mi to nevadilo. Normálně jsem s mými klienty komunikoval, chodil na úřady, akorát jsem vždy ukazoval na ucho, aby věděli...no, ale to jsem na tom ještě nebyl tak zle, to zhoršení nastalo v roce 2013. Teď už v podstatě nedělám nic, ale tak do obchodu zajedu a tak...i s prodavačkou povykládám, takže je to dobré ještě.“*

### **Psychický stav**

Psychický stav respondenta se v závislosti na sluchovém postižení, komunikačních bariérách a omezené účasti ve společnosti negativním způsobem nezměnil.

*„Vůbec ne, já život беру, tak jak jde. Já jako jakékoli činnosti mohu vykonávat, omezuje mě akorát to, že se nemohu zúčastnit společenského života, tak bych to definoval. Já jsem člověk, který bere život tak, jak jde...nebudu přece kvůli toho brečet a mít takové ty řeči, jakože už nebudu žít dlouho a bla bla bla...beru to tak, jak to jde a zatím je to ještě dobré.*

Pan A je velmi společenský člověk, snížená účast na společenském dění ho mrzí, avšak důsledky svého sluchového postižení vnímá objektivně a se situací se vypořádává čelem.

*„No...to víš, že já jsem kdysi potřeboval houf lidí...čím větší, tím lepší. Pohotově jsem reagoval, považoval jsem za povinnost zúčastnit se hovoru... no ale dneska už to pro mě je ztracené, takže jsem doma a mluvím tak jenom.“*

Je nezbytné dodat, že k aktuálnímu zdravotnímu stavu a účasti ve společnosti má zkoumaný senior velmi pozitivní přístup, který jeho již zmíněný psychický stav a subjektivní vnímání aktuální kvality života pozitivně ovlivňuje.

*„Takhle ti to řeknu...to víš, že já bych rád mezi lidi chodil...já bych řečnil do rána...mě to ještě pořád docela myslí, dovedu hned komunikovat...ale s tím handicapem, abych se pořád doptával, do toho ten sluchový mix...to nemá cenu...ale já nejsem žádná plačmuška, já se přizpůsobím podmínkám a žiju pěkně.“*

## **Rozhovor č. 2 – paní B**

Paní B, 97 let. Žije již rok a půl v domově pro seniory. V daném zařízení je po všech stránkách zcela spokojená. Přesný typ svého sluchového postižení nezná, s výraznými problémy se potýká přibližně po dobu uplynulých pěti let.

### **Sluchové postižení a kompenzační pomůcky**

Paní B se ve vymezení svého sluchového postižení neorientuje, pouze pociťuje subjektivní zhoršení.

*„...no, to přesně nevím, co to je, ale je to stále horší. Řekla bych, že se to zhoršuje tím stářím, ale mám pocit, že takhle zlé to ještě nebylo.“*

Respondentka svému sluchu nevěnuje žádnou péči, nenavštěvuje ušního lékaře ani v rámci pravidelných kontrol.

*„K ušnímu ani k foniatrovi nechodím, ani na ty kontroly. Dokud neohluchnu, tak nebudu chodit. No ale zhoršuje se to, to je fakt.“*

Paní B odmítá také jakoukoli korekci či kompenzační pomůcky.

*„No...potom v pozdějším věku už mi taky dávali ty sluchadla, ale ony mi nevyhovovaly, tak jsem si je nebrala...vlastně jedno někde mám, ale ani nevím kde. To víte...já bych se za tím musela pít, chodit k lékaři na kontroly a nevím co všechno...no tak se spokojím s tím, že jim řeknu, ať mi to řeknou ještě jednou.“*

### **Komunikace a společenská účast**

Respondentka se s negativními reakcemi okolí nesetkává.

*„...no víte, to ani ne. Já vycházím s lidmi dobře. Domluvím se, s kým potřebuju. Maximálně jim vždy řeknu...prosím zopakujte mi to, já jsem nahluchlá, aby to věděli...a to je tak všechno...je to vyřešené.“*

Dodává, že komunikační neúspěchy nezažívá, a když nutně potřebuje, tak se s lidmi nějakým způsobem vždy domluví.

*„No při tom ústním styku si musím akorát neustále žádat o zopakování...když to napíšou, tak je to černé na bílém.“*

Paní B také jakoukoli formu sociální izolace zamítá, dodává, že se pohybuje pouze ve známém okruhu lidí, další kontakty nevyhledává.

*„No, tak já už vesměs žádné styky s lidma nemám...jako s cizíma vůbec... pohybuji se jen mezi těma známýma, těch mám dost a ti mě celkem uznávají...a víte jak, rozumí tomu.“*

Paní B dodává, že její aktivity ve volném čase se v závislosti na poškození sluchu nemění.

*„Ani ne, já nemám žádné potřeby, co mám, to mám. Hraju šachy a tak, tady hrajeme různé hry, třeba ještě kostky. Takže dělám, co můžu. Na housle jsem hrála, to už nehraju. Zkoušela jsem hrát i na klavír, ale to už taky nedělám.“*

### **Psychický stav**

Psychický stav respondentky B také zůstává ve stávající rovině, kvalitu svého života již neřeší.

*„...no, jestli upadá vlastně nevím, je mi to tak nějak jedno...já už jsem stará na to, abych nebyla hluchá...víte, mě už je 97, já už mám právo na to neslyšet.“*

### **Rozhovor č. 3 – paní C**

Paní C, 84 let. Již 14 měsíců pobývá v domově pro seniory. Sluchová ztráta na levém uchu činí aktuálně 60 %.

## Sluchové postižení

*„No, já mám nedoslýchavost...pravé ucho mám úplně hluché a na levém je ztráta teď asi 60 %. Když jezdívám do Motola k paní doktorce na audiologii...na tu sluchovou zkoušku, tak vždycky ta křivka bohužel jde dolů.“*

Paní C shledává příčiny ztráty sluchu v častých zánětech středního ucha v dětství a mládí a také v nekvalitním lékařském přístupu.

*„Ano...mám s tím problémy vlastně už od mala...jak mi pořád dokola píchali uši, víte, měla jsem hrozně často středoušní záněty a někdy tam něco popraskalo...oni s tím nic nedělali...no...a už to bylo.“*

Paní C uvádí, že její zdravotní stav v oblasti sluchu se stále zhoršuje.

*„Bohužel se to pořád zhoršuje, ale teď už to bude také stárím, je mi 84 let...no...jak dlouho se tady budu ještě těšit. Já mám těch nemocí moc, bohužel to není jediné. Víte...já často mívám migrénu a různé záchvaty, potom to obvykle má tu gradaci dolů.“*

Respondentka věnuje svému sluchu adekvátní péči, na lékařské prohlídky dochází, jak v pravidelných předem stanovených termínech, tak vždy při pocitech výrazného zhoršení a subjektivním pocitu poklesu sluchových schopností.

*„Na kontroly chodím pravidelně do Motola...no a taky vždy, když mám pocit, že se to zhoršilo, tak mě tam dcera zaveze. Víte, já mám moc ochotné děti...ty se o mě starají až moc a navštěvují mě pravidelně...no...takže, když se něco děje, tak to zařídí. Takže na takovou tu audiologii chodím obvykle dříve než za rok.“*

Rodina je respondentce vždy nablízku. Rodinní příslušníci se střídají v pravidelných návštěvách a starají se také patřičně o její zdravotní stav, tedy domlouvají pravidelné kontroly u lékaře, respondentku na všechna vyšetření doprovází a zařizují veškeré nezbytnosti.

*„V letošním roce tam budu muset určitě zajít. Já totiž nesnáším studené počasí a vítr...mám 4krát operovaný trojklanný nerv, a to chce být v teple, takže všechny kontroly u lékařů mi vždy plánují dcery na období, kdy je to pro mě schůdné, abych se vyvarovala aspoň tomu, co můžu.“*

### **Kompenzační pomůcky**

Dotazovaná uvádí, že má sluchadlo přiděleno již několik let a momentálně se bez něj dle svých slov neobejde.

*„No... já nosím sluchadlo už řadu let...ted' mám sluchadlo widex men – MP 9 – závěsné. Ted' už to mám nařízené...jako na nejsilněji, jak je to možné. Ale vyzkoušela jsem jich více, tohle je v pořadí myslím třetí sluchadlo a zatím mi z těch všech sedí nejlíp.“*

Paní C dále také neustále využívá technické kompenzační pomůcky k zajištění co nejvyššího poslechu, avšak kvalita poslechu ve své finální podobě není taková, jakou by si ji respondentka představovala.

*„Takhle na dálku...když na stěně je televize, tak to neslyším...to je moc daleko, takhle vás ano teda, ale vy máte zvukový hlas, já vysoké tóny jako vůbec nezaznamenávám. Do telefonu mám potíže, že neslyším. Někoho slyším, někoho ne, to záleží na té tónině hlasu...no, takže do televize mám sluchátka a u telefonu takový ten reproduktor na zesílení.“*

### **Komunikace a společenská účast**

Paní C pociťuje silné znevýhodnění především v oblasti komunikace, v rámci které zažívá i komunikační neúspěchy.

*„No, víte...vás slyším dobře, ale za prvé jste blízko a za druhé fakt řvete...tímto způsobem slyším, ale třeba když tady paní sousedka mi chce něco říct, tak musí obvykle přijet až sem k mojí posteli a říct mi to blízko u ucha. Takže já s tím teda takhle bojuju pomocí toho sluchadla a hovoru zblízka...no...ale je to hrozné. Víte, komu by se chtělo pořád křičet...a když ti lidi nekřičí, tak se jim to třeba zase nechce opakovat, no...takže tak je to, je to těžké, ale snaží se, to jo.“*

Respondentka se v závislosti s úbytkem sluchových schopností setkává i s negativními reakcemi okolí. Dle její výpovědi se s nepřiměřeným jednáním potýkala obvykle v obchodech a dopravních prostředcích. Od doby, kdy žije v DPS, se tyto situace značně zredukovaly, i přesto se s nimi musí vypořádat především u lékařů.

*„Vzpomínám si u oční lékařky, že jsem jí nerozuměla...byla tam se mnou dcera. Já jsem poprosila paní doktorku, jestli by mi to mohla ještě jednou říct a ona, že jako kam by přišla, kdyby na každého měla hlasitě mluvit. No, takže občas se to stane...ted' už vždy chodí se mnou někdo z rodiny, kdo to poslouchá, pak mi to třeba tlumočí nebo připomíná, když já to všechno neslyším.“*

Dle respondentky se její volnočasové aktivity v závislosti na sluchovém postižení nemění, dodává, že je téměř upoutaná na lůžko a společenských aktivit se již neúčastní.

*„Recitovala jsem hodně třeba...to teda už samozřejmě nedělám. Jen si ty verše píšu, když si vzpomenu, ale jinak ani ne, víte...já už stejně nic nedělám.“*

### **Psychický stav**

Respondentka na svůj zdravotní stav spojený s mnoha problémy, jak s úbytkem sluchu, tak s omezenou hybností či neustálou bolestí hlavy a končetin, stále nahlíží pozitivně. Pozitivní přístup k životu ovlivňuje její každodenní aktivitu, seberealizaci a komplexní subjektivní vnímání kvality jejího života.

*„No, snažím se být optimista za každou cenu, tady svou spolubydlící každý den povzbuzuju, když nařiká na nějakou bolest, ale mám jich sama dost. To víte, ten věk se podepíše...3 děti jsem vychovala, vysokoškolské vzdělání mají. Já mám taky, byla jsem učitelka. A musela jsem kvůli hlasívkám přestat učit, protože jsem velice často měla takové to sípání, ten hlas mi odcházel, bylo to namáhavé. Tak jsem pak skončila jako úřednice. No...takže nepřipadám si už jako stoprocentní, ale je to ještě dobré...beru to optimisticky...to je potřeba v každé situaci.“*

### **Rozhovor č. 4 – pan D**

Pan D, 96 let. Využívá sociálních služeb formou domova pro seniory již po dobu 2 let. Nedoslýchavost mu diagnostikovali před téměř 20 lety.

### **Sluchové postižení**

*„No...tak já mám tu nedoslýchavost jakoby na obou uších. Tenkrát, jak jsem dostával první sluchadlo, tak byl ten úbytek na pravém uchu myslím 50 % a na levém míň, to bylo lepší.“*

Pan D uvádí, že se sluchovými problémy se potýká již mnoho let, ovšem radikální zhoršení nastalo po nehodě, v rámci které došlo při manipulaci s tekutinou k výbuchu.

*„Mě se to zhoršilo kdysi, jak mi vybuchla láhev s moštem u ucha...to byl okamžik, kdy to opravdu degradovalo. Pak se to tak nenápadně zhoršovalo po celou dobu...tak jako postupně...už i tím stářím hlavně. Ted' ale na to levé slyším o dost lépe, a to pravé mám horší, než kdy předtím, protože jsem spadl a bouchl se přímo do něj o roh nočního stolku a mám tam několik stehů.“*



Respondent svému sluchu nevěnuje přílišnou péči. ORL ambulanci navštěvoval pouze v mladším věku, nyní již na návštěvy a kontroly u lékařů nemá dle svých slov náladu.

*„Ted' už tam nechodím vůbec...byl jsem předtím u ušního na ten výplach a u foniatra jsem byl poprvé, jak mi dávali to sluchadlo, ale tam jsem pak už taky nikdy nebyl.“*

Respondent dále uvádí, že problémy se sluchem pociťuje v každodenním životě v radikální míře. Také popisuje, v jaké formě okolní zvuky přijímá a jaké následky se v této souvislosti dostavují.

*„No...jako slyším, to se tak ani moc nedá říct, víte, takhle...jako jo...ale zblízka a pořád musím to ucho nastavovat, jinak je z toho úplná směsice...takový mix. Když je více lidí a každý něco říká, tak to ani nerozliším, z které strany to jde, a v podstatě neslyším nic. Vidíte...vy taky musíte mi rvát skoro do obličeje. U toho sluchadla je nejhorší, jak to bere ty okolní zvuky.“*

### **Kompenzační pomůcky**

Respondentovi bylo přibližně před 10 lety přiděleno závěsné sluchadlo značky Widex, které ovšem nikdy pravidelně nepoužíval.

*„Já jsem dostal jedno...to už je řada let zpátky...to hradila nějak pojišťovna, to druhé mi nechal udělat synovec nějak soukromě od nějakého lékaře. No, ale abych se vám přiznal...nenosím to vůbec.“*

Respondent vyzkoušel několik typů sluchadel, ale žádné mu nevyhovovalo natolik, aby jej byl ochoten používat. Výhrady má především k funkčnosti sluchadel, která dle jeho výpovědi neplní svůj účel.

*„Když si nasadím obě dvě, tak se mi to tak nějak všechno míchá...nevnímám to tak, jak bych měl. Hrozně to bere ty šumy z okolí, a to je fakt nepříjemné. Zkoušel jsem to pak nosit aspoň na chvíli, ale stejně...po chvílce mi z toho bylo úplně špatně...tak jsem to vzdal.“*

Pan D pociťuje neustálou bolest a také subjektivní pocity zhoršení po úraze, při kterém došlo k natržení části ucha pádem na roh nočního stolku. Důsledkem je velké množství stehů, následné zduření a otok. V této souvislosti poukazuje na nemožnost aplikace sluchadla do poraněného ucha.

*„A stejně...ted', jak mám to ucho rozbité...tak jsem tam měl asi 12 stehů čili ten tvar toho ucha je ted' jiný, než byl předtím. Oni dělají otisky, když dělají to sluchadlo. Ten otisk ted' by*

*byl asi jiný, takže to pravé bych ted' stejně asi ani nenasadil. Takže to řeším tak, že těm lidem řeknu, ať na mě buď řvou...no...anebo nemluví vůbec. “*

### **Komunikace a společenská účast**

Respondent nejprve poukazuje na neustále degradující kvalitu jeho života v závislosti na významném úbytku sluchových schopností.

*„Silně klesla, protože to je jako...jak bych to nazval...jak by byl člověk prostě úplně pitomej. Je to prostě trapný...že když s někým mluvím, tak většinou jen kejvám, ale ve finále vůbec nevím, o co jde. “*

Respondent se v rámci komunikačního procesu v důsledku sluchového postižení dostává do situací, které jsou mu natolik nepříjemné, že je pro něj snazší se jakémukoli mluvnímu kontaktu vyhýbat.

*„Já už se nějakému tomu hovoru víceméně vyhýbám, protože je to nedokonalé. Někdo na mě mluví, já to neslyším, musím pořád nastavovat ucho...pak to myšlení...to už je taky trochu...víte jak...mám prostě už dlouhé vedení. Tak musím pořád říkat, ať mi to někdo řekne dvakrát, než si vůbec uvědomím, o co vlastně kráčí. “*

Dotazovaný dodává, že se tedy účastní pouze zcela nezbytných hovorů, při kterých se s negativními reakcemi okolí nesetkává.

*„To ne, protože oni chápou, že jsem takový lazar na to, abych je slyšel. Třeba vás takhle jak na mě mluvíte, tak to slyším. Ale většinou lidi třeba ani nedořeknou větu nebo slovo, mluví tak nějak rychle, na přeskáčku...no...a to se pak fakt nedá. “*

V souvislosti s výše uvedeným respondent dodává, že jistou formu sociální izolace pociťuje.

*„No...prakticky jo, protože, když tady jsou takové ty sešlosti a různá povídání, tak tomu nerozumím. Vím, že někdo mluví, ale zachytím jedno nebo dvě slova. Takže se tomu snažím spíš vyhnout a jdu radši tam přebírat hrášky, co tady máme jako vedlejší činnost...takže radši přebírám hrášky, než abych poslouchal to, čemu nerozumím. “*

### **Psychický stav**

Zkoumaný senior na zhoršování zdravotního stavu spojené s úbytkem sluchových schopností, mentální aktivity i paměti nahlíží velmi negativně. Záporný přístup k životu má vliv na respondentovo jednání vedoucí k ignoraci lékařských prohlídek a preventivních kontrol, odmítání kompenzačních pomůcek, a především na celkovou kvalitu jeho života.

*„Víte...já už tady ani být nechci. Chtěl bych to tady zabalit na tom světě, není to k ničemu dobré. Tady akorát polehávám a co z toho...je to prakticky takový monotónní život. Najím se, pak jdu na takové to kolo s chodítkem, pak je třeba to cvičení, ale toho se už neúčastním. No prostě jsem mimo. Když si to uvědomujete, je to blbý. Dobrý je, když člověk úplně zblbne...to mu pak aspoň nic nevadí. Ale takhle...jak si uvědomíte, jaká je ta vyhlídka...tak říkám, nejlepší je to zabalit.“*

Pan D sice uvádí, že zdejší domov je novým a hezkým zařízením, ve kterém je vše včetně služeb a péče dobře zařízené, i přesto již odmítá s prosbou ukončení života jakoukoli odbornou lékařskou péčí.

*„Je to prostě hrozné...já už vidím nejlepší výsledek jen v nějakém tom konci...ale jak to udělat, to nevím. Je to prostě živoření, úplná lazařina. Moje přání je odejít z toho světa...já bych uznal tu eutanázii...to by bylo skutečně nejlepší.“*

Respondent dále popisuje pocity opuštění a samoty, v rámci kterých se zmiňuje o minimálních návštěvách rodinných příslušníků.

*„Navštěvuje mě jen občas neter a synovec, když něco potřebuju, tak to zařídí. Ted' mi praskla duše u vozíku. Tak to právě zařizovali. Ted' mám náhradní, abych se mohl vůbec hýbat...tak to jo, ale jinak nic.“*

## **Rozhovor č. 5 – paní E**

Paní E, 88 let. Žije v zařízení sociálních služeb již řadu let. S poskytovanými službami i péčí je velice spokojená. Údajně se její stav po přechodu do zařízení změnil pozitivním směrem.

### **Sluchové postižení a kompenzační pomůcky**

Paní E se ve svých lékařských posudcích a zprávách příliš neorientuje, neboť dle vlastního vyjádření přesné informace vědět nepotřebuje.

*„Já přesně nevím, jaký je ten typ. Jen vím, že jsem už takových 10 let hluchá jak poleno a že se to ted' už jen pořád zhoršuje.“*

Respondentka nepopírá tendence k ignoraci sluchového postižení spolu s rezignací na veškeré lékařské prohlídky i preventivní kontroly.

*„No...dříve jsem problémy neměla, zhoršilo se to až stářím, a to jsem šla hned k tomu foniatrovi. Ale ted' už s tím nikam nechodím, ani na žádné kontroly, protože se mi nechce a stejně to k ničemu není.“*

Paní E odmítá také využívání jakéhokoli druhu kompenzačních pomůcek i přesto, že jí sluchadlo závěsného typu bylo přiděleno již před několika lety. Negativně nahlíží především na finanční náročnost a neadekvátní funkčnost zařízení.

*„No...já to sluchadlo někde mám, ale nenosím ho. Ono je to úplně k ničemu...víte, já už mám ty sluchadla 3 a ani jedno nemůžu nosit. To pořád hučí a píská a všechno to dělá...jen ne to, co to dělat má. Ted' jsem tam poslala syna zas, aby to šel opravit. No...takže za to dáte 3000...a nic z toho.“*

### **Komunikace a společenská účast**

Respondentka se poměrně často setkává s nepřiměřenými reakcemi okolí, v rámci kterých není její sluchové postižení plně akceptováno. Absence zpětné vazby je pak připisována její neochotě naslouchat.

*„No...mě vždycky všichni říkají, že je neposlouchám, když se jich na něco zeptám znova. Já jim teda řeknu, že je neslyším...no...a pak nadávají, ať si vezmu sluchátko...ale já je stejně neslyším, takže je to úplně jedno. To víte, už se do té společnosti vůbec nehrnu.“*

Sociální izolaci zaznamenává, i přesto vyzdvihuje možnost sociálního kontaktu s přáteli ve zdejším zařízení.

*„To víte, že jo. Problémy plynou vyloženě z oblasti té problémové komunikace, no. Ale tady mám alespoň pár známých...ti už mě znají...tak mluví pomalu a zřetelně nebo aspoň z blízka.“*

### **Psychický stav**

Respondentka cítí přibližně posledních 10 let značné psychické výkyvy, které dle její výpovědi nelze ovlivnit.

*„Určitě jo...já už i zapomínám. Dřív jsem byla ráda mezi lidmi, ted' už nikam nechodím, protože už toho mám dost i právě po té psychické stránce.“*

Absence hlubších sociálních kontaktů a nestálost těch přetrvávajících vede k negativním psychickým změnám, úbytku sebevědomí a k úniku do společenského ústraní.

*„No...cítím se taková méněcenná. Pořád si někdo něco hovoří, já to neslyším a připadám si k ničemu. Takže do společnosti už radši moc nechodím, ale je to škoda...ráda jsem dřív chodila. Vy alespoň mluvíte zřetelně, vám je rozumět, ale jinak u ostatních to je hrůza a mě už to upřímně ani nebaví.“*

## **Rozhovor č. 6 – paní F**

Paní F, 88 let. Po léčbě v nemocničním zařízení se do DPS přestěhovala především z rodinných důvodů. V domově pro seniory měla podanou žádost dlouhou dobu, momentálně zde žije 4 měsíce. S pobytem v zařízení je spokojená, rodinní příslušníci ji navštěvují pravidelně.

### **Sluchové postižení**

Respondentka přesnou diagnózu svého sluchového postižení nezná. Uvádí, že lékařské zprávy má sice založené ve skříni, avšak příliš se v nich neorientuje.

*„Tak to přímo nevím, ale vím, že na obě dvě uši špatně slyším.“*

Se sluchovými problémy se potýkala od dospělosti, úbytek sluchu zaznamenávala postupně.

*„No...v dětství jsem žádné problémy neměla, dokonce ani záněty středního ucha, nic takového. Pociťuju to tak těch posledních 30 let...no od těch 50 bych tak řekla.“*

Respondentka po náhlém zhoršení navštívila odborného lékaře, avšak poté již na kontroly nechodila. Nedostatečnou péči uvádí jako hlavní důvod postupné sluchové degradace.

*„Jak se to tak hodně zhoršilo, tak jsem šla na ORL a tam mi rovnou doktor řekl, že špatně slyším...že mám takovou tu nedoslýchavost. No, ale to víte... já neměla v tu dobu moc čas to řešit, tak mi dal jen nějakou injekci a pak jsem brala ještě nějaké prášky, ale jinak jsem s tím dál nic nedělala.“*

V současnosti dochází na pravidelné lékařské prohlídky ve snaze zamezit dalšímu zhoršení. Doplnuje, že poslední preventivní kontrolu podstoupila před pár měsíci.

*„Na kontroly teď chodím vždycky třeba 1 za 3 roky, aby mi změřili to audio. Vlastně víte co...ted' si vzpomínám, že říkal, že to mám na obou uších stejné...asi kolem 60 %. No...a když se to zhorší, tak se objednáme a zajdu si na kontrolu.“*

### **Kompenzační pomůcky**

Respondentce bylo předepsáno sluchadlo, které dle svých slov zprvu poctivě využívala. Ani po měsících pravidelného užívání necítila zlepšení, naopak se mnohem častěji dostavovaly bolesti hlavy a závratě.

*„Když jsem prodělala to měření, tak mi dali sluchadlo. Jenže věc se má tak...já s tím sluchadlem vždy slyším všechno možné, jenom ne hlasy...prostě nikdy neslyším jasně ty slova. Je to pořád hrozně nepříjemné, a to už mám teď asi třetí.“*

Respondentce na svém zdravotním stavu záleží, proto si také vyhledala možnosti, jak docílit co největšího sluchového vjemu.

*„Ted' jsem se nechala odvézt do Žitné ulice...tam prý je to dobré, prý tam seřizují sluchadla...tak jsem si to tam nechala opravit.“*

S opravou kompenzační pomůcky dotazované pomáhá zdejší pečovatelka, která vyhledala dostupné možnosti a následně ji s nimi obeznámila. Paní F věří, že oprava sluchadla situaci zlepší, zatím tedy jinou možnost nehledá.

*„Já totiž až tady jsem zjistila, jak je to složité se dát do hovoru s někým. Ted' jsem měla sluchadlo Widex. V té Žitné ulici mi řekli, že tady tyhle už nedělají, ale taky říkali, že už ho mám pátým rokem, tak budu mít nárok na nové. Tak mě nakonec objednali na podzim, abych si to nemusela celé platit sama, a pak se na to prý podívají. No...tak ted' vkládám naděje do tohoto, že se to zlepší a že mi to pomůže.“*

K opravě sluchadla tedy dojde až za několik měsíců, momentálně se respondentka potýká s výraznými sluchovými problémy. Podotýká, že opravdu málo lidí je schopno mluvit tak, aby daný mluvní projev plnohodnotně zaznamenala.

*„No, momentálně ho tedy nenosím, takže slyším hluk, ale nerozumím slova. Já bych si i ráda připlatila, jen abych slyšela. Vás třeba slyším výborně, ale vnuci ti hrozně melou, rychle a potichu, jim třeba vůbec nerozumím...vlastně...spoustě lidem vůbec nerozumím.“*

Respondentka také dala na doporučení lékaře a využívá doplňky kompatibilní k poslechu televize.

*„Na televizi mám taky takové to sluchadlo...to je výhoda, to jsem spokojená...tomu pak dokonale rozumím. Se sluchadlem do televize je to v pořádku, ale s normálním ne.“*

### **Komunikace a společenská účast**

Paní F se stále snaží navazovat sociální kontakty, ovšem popisuje náročnost situace.

*„Mě se kolikrát zdá, že když nereaguju, tak si myslí, že jsem nafoukaná. Tak jsem se snažila vždycky mluvit, ale kolikrát to dopadá úplně tragicky...že já mluvím o něčem a ten druhý úplně o něčem jiném. Tak mě to začalo trápit a říkala jsem si, že když jsem tady a už nikam nepůjdu jinam, tak bych to potřebovala zlepšit.“*

S negativními reakcemi okolí se respondentka příliš nesetkává, ovšem dodává, že „odměřeně“ chování a postoje druhých lidí občas zaznamenává.

*„To ani ne...jenom si spíš myslím, že si někdy ti lidi myslí, že jsem nafoukaná...jako když nereaguju, nebo se nezapojím do debaty, protože jsem špatně rozuměla. To si můžou vysvětlit všelijak, že nereaguju.“*

Respondentka také poměrně často zažívá komunikační neúspěchy. Dodává, že je pro ni snazší se některým situacím vyhýbat a odsunout se raději do ústraní.

*„Taky no...třeba tady mám paní známou a ona vždy si chce jít se mnou povídat, jenže ona hrozně špatně mluví, a ještě potichu a já ji vůbec nerozumím. A mě je to hrozně trapné s ní nekomunikovat, tak se jí radši vyhnu. Je to fakt trapné, ale co mám dělat, když jí nemůžu odpovědět. Tady je ke komunikaci spousta možností, ale mnohdy to nejde.“*

### **Psychický stav**

Psychické změny v závislosti na stále se zhoršujícím stavu sluchu zaznamenává. V současnosti se pohybuje pouze ve známém prostředí a komunikaci navazuje buď s blízkými lidmi, nebo v případě nutnosti.

*„Asi trochu jo, ale když jsem v tom prostředí, kde mě znají, tak to berou v potaz a tím je to pro mě jednodušší. Ale třeba v té nemocnici, jak jsem byla...tam mi to vadilo, že jsem nemohla navazovat kontakty...tak to bylo nepříjemné.“*

Respondentka se stále snaží účastnit společenského dění, avšak mnohdy zažívá pocity úzkosti a méněcennosti, které dále ovlivňují celkovou kvalitu jejího života.

*„No, tady třeba máme docela pěkné programy...no a já tam jdu, protože abych teda nějakým způsobem byla v té společnosti...no, ale co...mnohdy z toho nic nemám, protože polovina mi uniká. Takže když máme ty besedy a tak, tak je to prostě takové obtížné reagovat...a já se pak cítím tak nějak na nic třeba.“*

### **Rozhovor č. 7 – paní G**

85 let. V zařízení sociálních služeb žije již 5 let. Sluchové problémy jsou značné, avšak zcela neřešené.

### **Sluchové postižení a kompenzační pomůcky**

Paní G přesnou diagnózu svého sluchového postižení nezná, popisuje pouze průběh audiometrického vyšetření a další sluchové zkoušky, na které si vzpomíná.

*„To já přesně nevím. Zkoušeli mi to na ušním...takový ten přístroj, jak jste v té kabině...no...a pak říkali, že to je špatné, ale přesně už si to nepamatuju.“*

V mládí se se sluchovými problémy nepotýkala, není schopna určit ani přibližné časové období, kdy k zhoršení došlo. Tvrdí, že výraznou změnu nezaznamenala, pociťovala zprvu pouze nevýrazný, postupný pokles sluchové diskriminace.

*„Už to trvá nějaký čas...nějakých pár roků dá se říct, že určitě. Když jste takhle přímo u mě, tak vás slyším...kdybyste byla o metr dál, tak už bych vás neslyšela. Já jako takhle zvukově bych to asi trošku slyšela, ale neslyším ten jas toho slova...to mám takové zamlžené.“*

Po přemístění do zdejšího zařízení, kde žije již řadu let, přestala absolvovat lékařské prohlídky. Lékaře nenavštěvuje ani při subjektivních pocitech zhoršení stavu. Dodává, že na řešení těchto problémů už nemá energii, neboť se potýká se spoustou dalších zdravotních nepříjemností.

*„Co jsem tady, tak nikam nechodím...ale jak jsem byla ještě v Praze, tak jsem ušního navštívila. Tam mi to zkoumali a zaznamenávali, z kolika metrů slyším. Pak řekli, že to je špatné...no...a já už to dál neřešila.“*

Kompenzační pomůcky odmítá i přesto, že jí byly několikrát nabídnuty a výslovně doporučeny, jak ze strany blízkých přátel či rodiny, tak ze strany odborníků.

*„Sluchadlo nenosím, ani jsem nenosila...beru na to jen ty tablety. Říkali, že bych to nosit měla...ale víte co...já už to nechci takové věci.“*

Dodává, že rodina se dlouhodobě snaží o zlepšení jejího zdravotního stavu nebo alespoň uchování ve stávající rovině, ovšem respondentka nabídky k odvozu do lékařského zařízení většinou odmítá.

*„Když pocítím nějaké zhoršení, tak mám říct dceři a ona mě prý k tomu ušnímu zaveze. Zatím mi taky chodí pro ty tablety...no...a kdyby náhodou, tak jí to paní doktorka řekne, že tam mám přijít. On je vůbec problém se tam dostat, jak tam jsou ty schody. Takže tam většinou dochází moje dcera a vyřizuje to.“*

### **Komunikace a společenská účast**

Negativní reakce z okolí, stejně jako pokles ve společenském začlenění, nezaznamenává, avšak dodává, že její přístup k této problematice je silně ovlivněn pobytem ve zdejším zařízení, kde je značně spokojená, což má na její postoj významný vliv.

*„No...tady ne...tady jsou zatím všichni v pohodě. Tu izolaci jako taky nějak nepociťuju...ale to je tím, že jsem tady...tady jsou hodné sestřičky. Kdykoli něco potřebuju, tak mi to ochotně*



*udělají. I ta péče je v pořádku...ochotně vždycky přijdou...někdy mi je až trapně, jak jsou ochotné.“*

Pokles v oblasti kvality života je znatelný především v oblasti komunikace a sociálních vztahů, které v této souvislosti výrazně utrpěly. Často došlo k jejich redukci či úplnému zániku.

*„Určitým procentem určitě jo. Já prostě slyším zvuky, ale neslyším ty slova jasně...jak by byl někdo v mlze nebo za záclonou. Problémy cítím především v té komunikaci s lidmi...to je jasně...ale já dohromady nikam nechodím, když ani nikam nemůžu...takže je to jedno.“*

Mnohé oblíbené činnosti a aktivity respondentka sice vykonávat přestala, ovšem nepřipisuje to výhradně sluchovému postižení.

*„Ne, kvůli sluchového postižení ne. To já mam spíš hlavně jiné bolesti, co mě omezují.“*

### **Psychický stav**

Psychické změny zaznamenává, avšak akceptuje situaci jako zcela přirozenou. Snaží se vykonávat různé aktivity, kterými vyplňuje velké množství volného času.

*„To jo, to určitě jo. Ale snažím se chodit tady na různé aktivity, na různá cvičení a nějak to kompenzovat.“*

### **Rozhovor č. 8 – paní H**

89 let. Nejprve bydlela v DPS v jiné části města, poté se přestěhovala. Služby i péče jí vyhovují, je zde spokojenější. Nezanedbatelným problémem kromě sluchového postižení je také postupný úbytek paměťových schopností respondentky.

### **Sluchové postižení a kompenzační pomůcky**

Respondentka nejprve poukazuje na značný úbytek paměťových schopností vedoucí k nevědomosti v oblasti diagnózy sluchového postižení a průběhu léčení.

*„To nevím přesně...akorát vím, že mám nějakou nedoslýchavost.“*

Uvádí, že její zdravotní stav byl po velkou část života po všech stránkách zcela v pořádku, ovšem v posledních letech nastala silná degradace v oblasti hybnosti, jemné i hrubé motoriky a také paměťových i sluchových schopností.

*„To nevím přesně...no...ale už je to dost dlouho. Jak jsem byla mladší, tak jsem žádné problémy neměla...to už je teď asi vyloženě tím stářím.“*

Dodává, že nemá energii pravidelně docházet do lékařského střediska, navštěvuje jej tedy pouze za případu nouze.

*„Jak se to zhoršilo, tak jsem šla kušnému a dostala jsem sluchadlo. Pravidelně ale nechodím, jen pokud je to vyloženo zapotřebí.“*

Nutné lékařské povinnosti a pochůzky zajišťují rodinní příslušníci, jak z důvodu poruchy hybnosti, tak z důvodu úbytku sluchových schopností vedoucího k značným komunikačním neúspěchům se zdravotnickým personálem.

*„Ale tohle všechno řeší a domlouvá moje dcera...ta mě tam potom vždy vozí nebo ze'. Já se kolikrát s těma doktorama ani nedomluví, tak to odposlouchává dcera a pak mi to tlumočí.“*

Zachování alespoň části sociálních kontaktů připisuje respondentka především funkčnosti závěsného sluchadla, které používá již 14 let, s tím, že pravidelně v každodenním životě jej využívá posledních 9 let.

*„Mám už druhé sluchadlo, to je takové silnější, vylepšené. A tady to si můžu přímo regulovat, nastavit, jak potřebuju...takže se to docela dá.“*

### **Komunikace a společenská účast**

Respondentka se často setkávala s negativními reakcemi okolí, především v kontaktu s cizími lidmi, kteří si její zdravotní stav a problémy s ním spojené nenechali vysvětlit.

*„Ano...kolikrát, když špatně slyším, tak mě mají za takovou „blbku“. Ale to víte, zdravý člověk tomu postiženému nevěří tolik.“*

Situace se zlepšila především změnou prostředí a navozením nových, stálejších sociálních kontaktů ve zdejším domově pro seniory.

*„Ale tady už je to lepší...tady mám hodně známých, tak ti už mě znají a vědí. Personál je tady taky super, tady si na to nemůžu stěžovat.“*

Komunikační neúspěchy zažívá, avšak nepopírá, že se odvíjí od mnoha faktorů. Především záleží na vztahu s osobou, s níž komunikační proces probíhá.

*„No podle toho, jak jsme si navzájem sympatičtí...někdy to prostě vzdám, když vidím, že to nemá cenu.“*

Sociální izolaci ve svém pravém významu respondentka nezaznamenává, ovšem značný úbytek sociálního začlenění a společenských aktivit pociťuje. I přesto se o začlenění a účast

na společenském životě snaží, ale nepopírá, že ostatní zdravotní problémy a celkový aktuální tělesný stav její snahy znesnadňují.

*„No, já se pořád snažím se nějak účastnit společenského dění, ale spíš jsem pořád už hrozně unavená. Mám problémy se spánkem, tak jsem pořád unavená...takže některé akce bych ráda absolvovala, ale nemám na to mnohdy sílu. Ale když to jde, tak si jdu povídat tady s lidmi a tak.“*

### **Psychický stav**

Uvádí, že má značné problémy s nestabilitou po psychické stránce. Labilita dle její výpovědi přichází ve vlnách v různém časovém rozmezí.

*„No tak to určitě, a hodně. Jako snažím se to brát pozitivně, abych nějak neklesla, ale už to moc nejde.“*

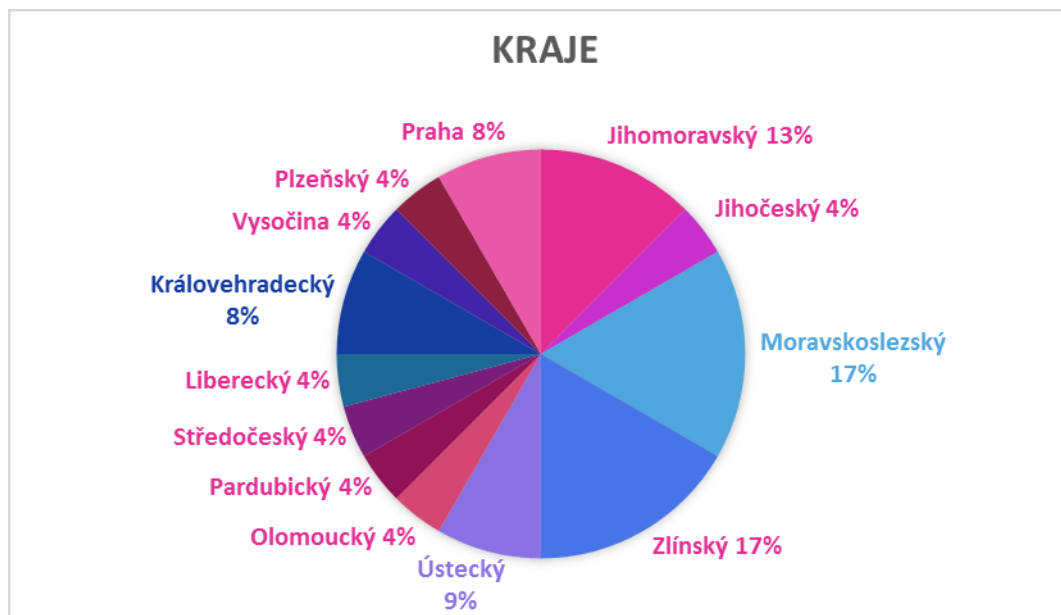
Dodává, že pokles kvality života zaznamenává, avšak nejedná se vyloženě o důsledek sluchového postižení, nýbrž souvisí s celkovým zdravotním stavem a aktuálnímu společenskému postavení spolu se zastávající společenskou rolí.

*„No díky tomu sluchovému postižení až tak ne, já spíš už chátrám tak celkově, hlavně tělesně.“*

#### 4.6.2 Dotazníky

Dotazník obsahoval celkem 7 samostatných otázek, z toho 5 uzavřených a 2 otevřených. Odpovědi na 4 otázky uzavřeného typu jsou znázorněny graficky a okomentovány slovním komentářem. Odpovědi na otevřené otázky a 1 uzavřenou jsou pro svou značnou variabilitu a nemožnost vyhodnocení grafickou formou zpracovány a vyhodnoceny slovně. Posloupnost pokládaných otázek je totožná jako v originálním znění dotazníkového šetření.

**Otázka č. 1:** *V kterém kraji ČR zřizujete svou praxi?*



Obrázek 1: Rozložení foniatrů a ORL lékařů podle krajů

Graf č. 1 znázorňuje poměr respondentů z jednotlivých krajů ČR. Z celkového počtu 24 respondentů měl největší zastoupení kraj Moravskoslezský a kraj Zlínský – tedy shodně 4 respondenty. Nulovou hodnotu vykazoval pouze kraj Karlovarský. Celkové zastoupení krajů, tedy 13 ze 14 možných činí 92,85 %.

**Otázka č. 2:** *Navštěvují Vaši ordinaci lidé v seniorském věku pravidelně?*

Všichni respondenti uvedli, že do jejich ordinace dochází senioři se sluchovým postižením zcela pravidelně.

**Otázka č. 3:** *S jakým problémem (typ vady, poruchy) Vás seniorští pacienti nejčastěji navštěvují?*

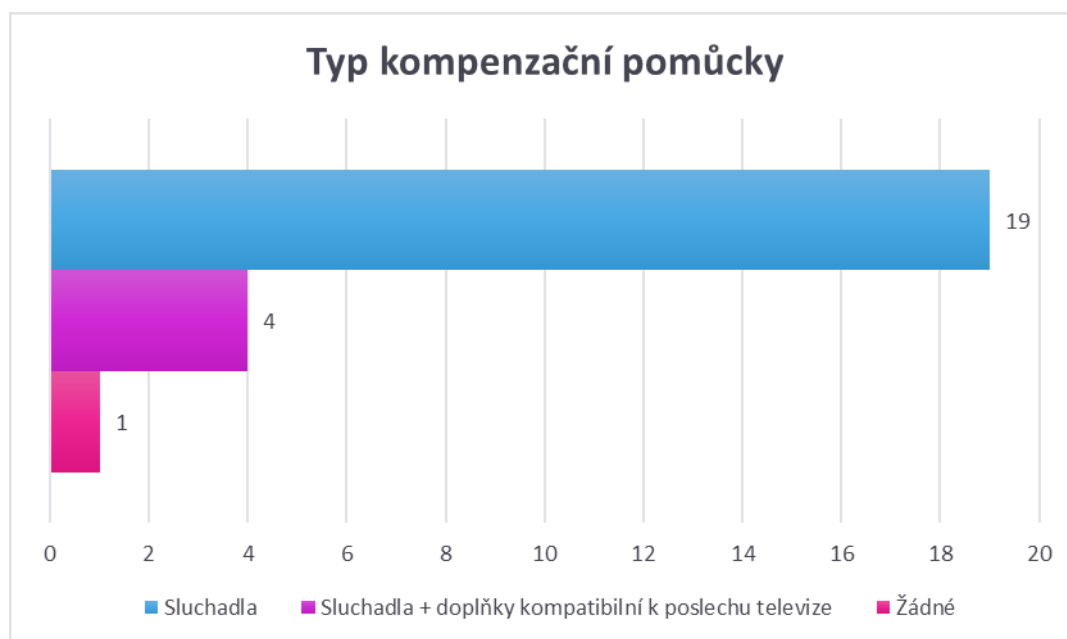
Analyzovat výsledné odpovědi v otázce č. 3 bylo velmi náročné z důvodu odlišnosti oborů ORL a foniatrie. Největší zastoupení, v počtu 15 respondentů, obsadila presbyakuzie, tedy stařecká nedoslýchavost. Ve výpovědích se dále vyskytovala stařecká kombinovaná vada

sluchu, percepční porucha sluchu, percepční smíšená porucha sluchu či těžká perceptivní vada. Jeden z respondentů uvedl, že se nejčastěji setkává se seniory s percepční nedoslýchavostí, tinnitem, poruchou rovnováhy a také se seniory majícími problémy se sluchadly. Další respondent často vyšetřuje seniory s různými typy nedoslýchavosti a se závažnými problémy v porozumění mluvené řeči. Další lékař se s tímto názorem ztotožňuje, neboť nejčastěji řeší pokles schopností v oblasti diskriminace řeči. Následující dvě výpovědi vyplývají z oboru ORL a vykazují častou návštěvnost seniorů se sluchovými problémy a bolestmi krku a také pravidelnou docházku seniorů s poruchou sluchu, tinnitem, závratí, dále s problémy s vysycháním sliznice v nose, krku, s chronickými angínami a faryngitidami.

**Otázka č. 4:** *Z jakých příčin (z Vašeho pohledu) ke sluchovým problémům u seniorů nejčastěji dochází?*

V rámci této otázky také došlo k návratnosti velmi různorodých odpovědí. Dle dotazovaných odborníků dochází k sluchovým problémům u lidí v seniorském věku především stářím, popřípadě vrozenými predispozicemi. Tuto výpověď podalo 11 respondentů, další 4 se s tvrzením ztotožňují, avšak jako další závažné faktory přidávají dlouhodobý pobyt v hlučném prostředí, v případě zaměstnanců v hlučných objektech, pracovní úrazy následkem náhlé expozice hluku a volnočasové aktivity typu střelby. Další respondent, k již uvedenému, přidává působení cévních změn a následky cévních mozkových příhod v podobě demence. Jeden z lékařů podotýká, že příčinou může být nejen pokročilý věk, ale jeho kumulace se systémovými onemocněními a vnějšími vlivy, například s působením toxických látek. Třikrát je zastoupeno tvrzení, že ke sluchovým problémům u seniorů dochází degenerací vláskových buněk či sluchového nervu. Dalším důležitým bodem v této problematice, na který je upozorněno, je nezodpovědnost seniorů, kteří lékaře navštíví až s velmi těžkou vadou, přičemž vhodné by bylo problém řešit již před 10 či 20 lety. V neposlední řadě se lékaři setkávají s polymorbiditou.

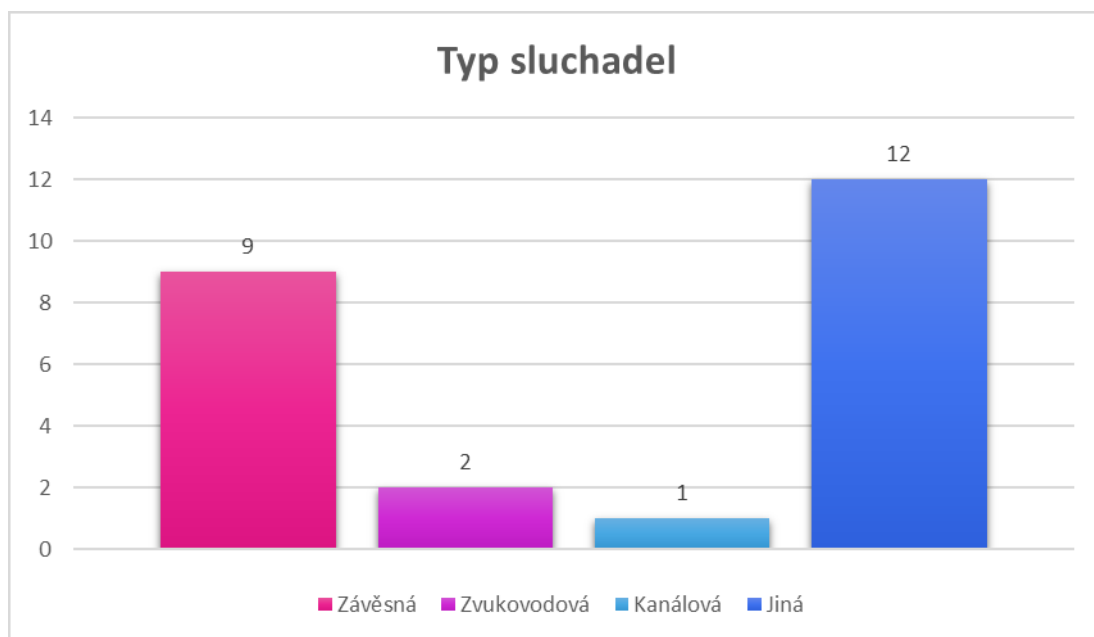
**Otázka č. 5: Jaké kompenzační pomůcky si senioři nejčastěji volí?**



*Obrázek 2: Typ kompenzační pomůcky*

Graf č. 3 vypovídá o volbě kompenzačních pomůcek ze strany seniorů se sluchovým postižením. 19 respondentů (79,16 %) uvedlo, že zcela nejčastěji si volí sluchadla. Slovně doplnili, že komerční a medicínská sluchadla jsou nejfrekventovanější kompenzační pomůckou v tomto typu případů. Čtyři respondenti (16,67 %) uvádí, že si senioři obvykle volí sluchadla spolu s doplňky kompatibilními k poslechu televize. Jeden respondent ze 4 uvedených slovně vysvětluje, že kvalitní sluchadlo ve spojení s doplňky usnadňujícími poslech TV mají největší efekt pro samotného seniora a kvalitu jeho sluchových vjemů, od které se dále odvíjí schopnost komunikace odrážející se v celkové kvalitě života daného jedince. Jeden respondent (4,17 %) odpověděl, že lidé v pokročilém seniorském věku si i přes své sluchové problémy kompenzační pomůcky nepřejí a obvykle je tedy nepředepisuje.

**Otázka č. 6: Jaký typ sluchadel nejčastěji předepisujete?**



Obrázek 3: Typ sluchadel

Graf č. 4 znázorňuje nejčastěji předepisované typy sluchadel z pohledu foniatrů. Největší zastoupení měla položka „jiná“. Zde je ovšem nezbytné brát v potaz, že 9 z 24 respondentů byli odborníci v oblasti ORL, nikoli foniatrie. Sluchové vady tedy vyšetřují, ale sluchadla nepředepisují. Devět z 15 foniatrů (60 %) uvedlo, že nejčastěji předepisují sluchadla závěsná. Další 2 foniatričtí pracovníci (13,33 %) vypověděli, že nejfrekventovanějším typem sluchadel je sluchadlo zvukovodového typu. Pouze 1 respondent ze skupiny foniatrů (6,67 %) nejběžněji předepisuje sluchadlo kanálové. Tři foniatri neuvedli konkrétní typ sluchadla a přiklonili se k odpovědi „jiná“, přičemž 2 z nich (13,33 % z celkového počtu foniatrů) slovně uvedli, že v rámci své praxe předepisují různé typy sluchadel přibližně ve stejném poměru. Zbylý 1 foniatrický pracovník (6,67 %) slovním komentářem dokládá, že typ sluchadla předepisuje dle mentální a motorické způsobilosti individuálně.

**Otázka č. 7: Zřizujete pro seniory kurzy odezírání?**



Obrázek 4: Zřizování kurzů odezírání

Graf č. 5 vypovídá o četnosti zřizování kurzů odezírání pro seniory se sluchovými problémy. Dvě ambulance ORL a foniatrie (8 %) kurzy odezírání pro seniory se sluchovým postižením zřizují, 22 ambulančí (92 %) nikoli.

#### 4.7 Závěry výzkumného šetření

Odpovědi respondentů, tedy seniorů se sluchovým postižením, byly analyzovány na základě jejich reálných tvrzení. Analýza byla následně provedena v rámci odpovědí na všechny výzkumné otázky.

Analýza odpovědí na hlavní a dílčí výzkumné otázky:

V které konkrétní oblasti kvality života seniorů s postižením sluchu dochází k největšímu poklesu?

Dle provedeného výzkumného šetření dochází k největšímu poklesu primárně v oblasti komunikace. Slovní komunikace je pro vzorek respondentů velice složitým, obtížným, často nepříjemným procesem. Znesnadňují ji především komunikační bariéry. Ve svých výpovědích poukazují především na nevhodný způsob komunikace ze strany komunikátorů. Upozorňují především na nevhodné postavení komunikátora, neadekvátní artikulaci či nepřiměřenou hlasitost projevu. Dalším zásadním problémem je slovní komunikace ve společnosti většího počtu osob. Téměř všichni respondenti mají tendence a neskrývanou snahu se komunikačnímu procesu zcela vyhýbat. Od této problematiky se zajisté odvíjí účast



ve společnosti, zachování sociálních vztahů a kontaktů a také četnost společenských aktivit. Značné problémy ve jmenovaných oblastech radikálně ovlivňují také psychický stav respondentů a celkovou kvalitu jejich životů.

#### Dochází senioři se sluchovým postižením na pravidelné lékařské kontroly?

Z výzkumu vyplývá, že pouze 3 senioři z 8 dochází pravidelně na lékařské prohlídky v ambulancích ORL či foniatrie. Tři dotazovaní věnují svému sluchu důkladnou péči, nezanedbávají prevenci a usilují o zachování co největší možné míry sluchových schopností a sluchového vjemu. Do lékařského zařízení se dopraví buď sami, nebo s doprovodem blízké osoby. Jedna respondentka navštěvuje lékaře pouze v akutním případě, ve kterém je to nezbytně nutné. V tomto případě jí pomoc a doprovod zajistí rodinní příslušníci. Zbylí 4 senioři nedochází k lékaři ani v případě subjektivních pocitů zhoršení stavu sluchu, neboť na něj rezignují. Dva z nich mají možnost kdykoli v případě potřeby kontaktovat členy rodiny, kteří poskytnou potřebou podporu. Ovšem ani jeden z nich nabídky nevyužívá.

#### Jakým způsobem senioři s úbytkem sluchových schopností překonávají komunikační bariéry?

Všichni dotazovaní řeší komunikační problémy podobným způsobem. Vždy obeznámí posluchače se svým postižením a požádají o adekvátní způsob komunikace, který zahrnuje postavení komunikátora v blízkosti komunikanta, neodvracení tváře, srozumitelný projev, hlasitou řeč a časté opakování sdělení. Respondenti také v mnoha případech preferují komunikaci psanou formou. Důležité je dodat, že valná většina zkoumaných seniorů se účastní pouze nutných hovorů, slovní komunikaci ve společnosti nevyhledávají.

#### Využívají senioři s postižením sluchu kompenzační pomůcky?

Tři respondenti využívají kompenzační pomůcky zcela totožného druhu, konkrétně sluchadla závěsného typu. Tři respondenti také vlastní doplňky kompatibilní k poslechu televize v podobě sluchátek, které využívají v každodenním životě. Sluchátka připojená k televizi hodnotí velmi kladně, s kvalitou zvuku jsou spokojeni a nedokáží si bez nich představit poslech jakéhokoli programu. Jedna z respondentek sluchadlo vlastní a má snahu jej využívat, avšak kvůli problémům s funkčností čeká po dlouhou dobu na nové. Zbylí 4 dotazovaní mají zcela odmítavý postoj ke všem druhům kompenzačních pomůcek i přesto, že jim byly několikrát nabízeny a výslovně doporučovány lékařskými odborníky. Důležitým faktem je, že 3 z nich vlastní nejméně jedno sluchadlo, někteří dokonce i větší počet. Ovšem

za žádné situace sluchadlo nevyužívají, valná většina již ani neví, kde se jejich sluchadlo nachází.

#### Jsou senioři se sluchovým postižením spokojeni s poskytovanými sluchadly?

Spokojenost s funkcí sluchadel projevují pouze 2 dotazovaní z celkových 7, kteří již někdy sluchadlo využívali. Jeden z respondentů sluchadlo využívá v každodenním životě, neboť se bez něj neobejde, avšak příliš spokojen s kvalitou poslechu není. Problém je především ve snímání zvuků z okolí a od něj se odvíjejících rušivých elementů. Respondent již zkoušel několik typů sluchadel různých značek a odlišných zahraničních výrobců. Další dotazovaná by sluchadlo využívala ráda, avšak zatím nebyla s žádným stoprocentně spokojená, zkouší tedy další možnost v podobě nového sluchadla, na které doposud čeká. Tři respondenti sluchadla vlastní, všichni také zkoušeli více typů, ovšem spokojenost neprojevovali ani s jedním zařízením. Důvodem byl především pískot sluchadla, snímání vnějších zvuků, nesrozumitelnost hlasů, nízká kvalita poslechu, nedostatečná regulace zvuku či způsobená bolest hlavy. Pro většinu respondentů je sluchadlo tedy málo výkonné s nedostatečnou kvalitou, přitom finančně náročné.

#### Setkávají se senioři se sluchovým postižením s negativními reakcemi okolí?

S negativními reakcemi okolí se setkávají celkem 3 dotazovaní, pouze ženy. Jedna z respondentek zažila spoustu nepřiměřených reakcí například v obchodních centrech, dopravních prostředcích nebo u lékaře. Další respondentky dále uvádí, že jejich úbytek sluchových schopností není okolními lidmi příliš akceptován. Setkávají se s názory, že nejsou ochotny naslouchat či podat zpětnou vazbu. Jedna z respondentek uvádí, že s vyloženě negativními reakcemi se běžně nesetkává, avšak zaznamenává odměřené chování. Respondentky vnímají tento druh chování převážně od neznámých lidí. Pět respondentů se s negativními reakcemi nesetkává. Většina ovšem dodává, že se účastní pouze zcela nutných konverzací. Jeden z respondentů se s negativní reakcí nesetkal nikdy, nezaznamenal náznaky diskriminace ani hanlivého chování. Také považuje chování cizích občanů za zcela pozitivní. Lidé dle jeho výpovědi toto postižení ve společnosti plně akceptují a snaží se vždy pomoci.

#### Do jaké míry jsou ovlivněny psychické procesy seniorů s úbytkem sluchových schopností?

Pět respondentů shledává po psychické stránce určité změny. Jejich vymezení se ovšem velmi různí. Setkáváme se s osobou, která psychické změny zaznamenává a situace je pro ni mnohem snazší, pokud se pohybuje ve známém prostředí. Dále se zde vyskytuje jedinec,

který psychické změny sice také zaznamenává, avšak akceptuje je jako zcela přirozené. Další respondenti se potýkají se znatelnými výkyvy a nestabilitou. Jeden z dotazovaných na pokles svého zdravotního stavu projevujícího se úbytkem schopností, sníženou mentální aktivitou a degradací paměťových schopností, nahlíží velmi negativně. Zbylí 3 respondenti psychické změny nepociťují, na svůj aktuální stav nahlíží pozitivně. Jeden z dotazovaných uvádí, že jeho psychický stav se v závislosti na sluchovém postižení, komunikačních bariérách a omezené účasti ve společnosti negativním způsobem nezměnil. Nastalou situaci vnímá objektivně zcela pozitivním přístupem.

#### Zaznamenávají lidé se sluchovým postižením v senu prvky sociální izolace?

Prvky sociální izolace zaznamenávají pouze 2 z 8 dotazovaných. Jeden z nich uvádí jako hlavní příčinu absolutní neschopnost navázat a dále vést smysluplnou konverzaci. Zbylých 6 seniorů náznaky sociální izolace nepociťuje. Jeden dotazovaný pociťuje pouze úbytek sociálních kontaktů a aktivit, za sociální izolaci tento stav ovšem nepovažuje. Dalším faktorem odvracejícím sociální izolaci je pobyt seniorů ve známém prostředí a pohyb v okruhu blízkých přátel či rodiny. Jeden z dotazovaných sociální izolaci zcela vylučuje, aktuální roli ve společnosti vnímá jako přirozený důsledek úbytku sluchových schopností.

---

Významný rozdíl byl shledán mezi respondenty pobývajícími v zařízeních sociálních služeb a mezi dotazovaným žijícím v prostředí domova. Respondent žijící v přirozeném prostředí pohlížel na danou problematiku zcela odlišným způsobem. Rozdíly se dají vysvětlit především přístupem k aktuálnímu zdravotnímu stavu, zodpovědností k prevenci a korekci sluchového postižení, od které se odvíjí snaha udržet kvalitu svého života na co nejvyšší úrovni, dále také mírou sociálních kontaktů a vazeb, a podporou blízkého okolí.

Výzkum v rámci odborníků z oblasti ORL a foniatrie byl proveden celoplošně, na území celé České republiky. Důležitým faktem je, že byl určen především k doplnění informací z pohledu foniatrů a ORL lékařů, neboť kvalitu života seniorů se sluchovým postižením posuzují především sami senioři. Všichni respondenti se domnívají, že kontrolují většinu seniorské populace. Uvedli tedy, že do jejich ordinací dochází senioři se sluchovým postižením zcela pravidelně, ovšem dle vyjádření respondentů z řad seniorů se sluchovým postižením tomu tak není, avšak zde je klíčové především prostředí, ve kterém jedinec žije, také zda má možnost doprovodu k lékaři a jaký je jeho celkový přístup ke sluchovým problémům a zdravotnímu stavu. Odborníci uvedli, že z klientely seniorů se sluchovým postižením se setkávají především s pacienty s presbyakuzií. Dle dotazovaných odborníků

dochází ke sluchovým problémům u lidí v seniorském věku především stářím, popřípadě vrozenými predispozicemi. Nejčastěji předepisovanou kompenzační pomůckou jsou sluchadla závěsného typu, popřípadě doplňky kompatibilní k poslechu televize. Kurzy odezírání pro seniory napomáhající k zlepšení úrovně komunikace mezi seniory se sluchovým postižením a okolím zřizují pouze 2 ambulance z celého výzkumného vzorku.

#### **4.8 Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi**

Z demografického hlediska dochází ke značnému stárnutí populace, v jehož důsledku stále přibývá občanů dožívajících se vysokého věku, zatímco mladých občanů postupně ubývá. S tímto jevem se setkáváme především ve vyspělých zemích, ke kterým v současnosti bezesporu patří i ČR. Stáří je neodmyslitelnou součástí života každého lidského jedince. Každý z nás by měl mít právo žít svůj život svobodně a důstojně až do jeho úplného konce.

Z výzkumného šetření vyplývá, že senioři se sluchovým postižením většinou příliš nedbají na zlepšení stavu sluchu. Vypovídá o tom reálný fakt v oblasti pravidelnosti návštěv lékařských ambulancí, také v oblasti prevence i terapie sluchového postižení, k čemuž se neodmyslitelně váže využívání kompenzačních pomůcek a v neposlední řadě celkový přístup seniorů ke sluchovým problémům, který lze mnohdy považovat za nezodpovědný a odmítavý. Podceněním daného problému dochází k celé řadě přidružených nepříjemností a problémů, které dále ovlivňují kvalitu života v mnoha oblastech. Důležitým bodem je projevovaný nezájem seniorů o kvalitu jejich života v takto pokročilém věkovém stádiu.

Zřizování seminářů pro seniory spolu s osvětovou činností by mohlo být vhodným řešením dané problematiky. V rámci seminářů by se poukazovalo na nezbytnost pravidelných lékařských návštěv, také na důležitost korekce sluchových vad, a především na důsledky vyplývající z nezodpovědnosti seniorů k řešení značných sluchových problémů. Efektivní by mohly být také semináře pro intaktní osoby, například pro klíčové pracovníky v domovech pro seniory, osobní asistenty či pečovatele. Vzdělávání personálu, ať už například v komunikaci se seniory se sluchovými problémy či v koncipování programů způsobem vhodným pro klienty se sluchovým postižením se jeví jako přínosné pro obě strany. Dalo by se říct, že je na tyto oblasti zatím velmi málo poukazováno, neboť kvalita života ve vysoce pokročilém věku není v současnosti příliš frekventovaným tématem. Avšak vzhledem k nárůstu stárnoucí populace můžeme považovat řešení dané problematiky za nezbytné.

Vzhledem k výpovědím respondentů ze stran seniorů se jeví nezbytnou také apelace na techniky zřizující kompenzační pomůcky v podobě sluchadel. Nejedná se sice vyloženě o doporučení v rámci speciálně pedagogické praxe, avšak na seminářích určených pro seniory se sluchovým postižením by byla vhodná přítomnost také zmíněných techniků. Správné seřízení a nastavení sluchadla či objasnění, jakým způsobem jej správně používat, by mohlo být klíčovým prvkem pro zvýšení kvality poslechu a spokojenosti seniorů se sluchovým postižením.

## **Závěr**

Vzhledem k vědeckým výzkumům, medicínským pokrokům a moderním technologiím je ve všech vyspělých zemích na světě předpokládána vysoká životní úroveň. Právě proto je v současnosti kvalita života celosvětově velmi frekventovaným a často diskutovaným tématem. Zkoumanou, avšak v mnohem menší míře, je také oblast kvality života ve spojení s konkrétní skupinou osob či s určitým druhem postižení.

Sluchové postižení je postižení s enormním výskytem a předpokládá se jeho neustálý nárůst. Seniori jsou často zanedbávanou a diskriminovanou skupinou lidské populace. Je proto nezbytné věnovat větší úsilí výzkumům v oblasti kvality života u těchto skupin, spolu s hledáním metod a způsobů, jak ke zlepšení jejich kvality života přispět. Tato práce přináší hlubší pohled právě na problematiku kvality života seniorů se sluchovým postižením.

Teoretická část nahlíží na sluchové postižení spolu s veškerými náležitostmi, jako je aktuální klasifikace, diagnostické metody či způsoby sluchové korekce a protetiky. Dále se zaměřuje na proces stárnutí, stáří a pojetí kvality života z teoretického hlediska. Praktická část se věnuje kombinovanému výzkumu v oblasti kvality života seniorů s postižením sluchu.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, která oblast kvality života seniorů se sluchovým postižením je nejvíce negativně ovlivněna. Dílčí cíle se zaměřovaly na vyhledání způsobů, jakými se lidé v senu se svými sluchovými problémy vypořádávají, jaký postoj zastávají ke kompenzačním pomůckám a do jaké míry je ovlivněn jejich psychický stav v závislosti na sluchovém postižení.

Z výsledků vyplývá, že kvalita života seniorů je ve značné míře negativně ovlivněna primárně v oblasti komunikace a s ní spojené účasti na společenském dění. Slovní komunikace je pro výzkumný vzorek respondentů velice složitým, obtížným a často nepříjemným procesem. Avšak podíl na viditelném poklesu kvality života má také přístup samotných respondentů k danému sluchovému postižení. Pouze malé množství z nich věnuje svému sluchu důkladnou péči, nezanedbává prevenci a usiluje o zachování co největší možné míry sluchových schopností a sluchového vjemu, ať už docházením na pravidelné lékařské kontroly nebo využíváním kompenzačních pomůcek. Spokojenost se sluchadly je velmi nízká, problém se jeví především ve snímání zvuků z okolí a od něj se odvíjejících rušivých elementů. Psychický stav respondentů je v důsledku sluchového postižení většinou ovlivněn, avšak záleží na přístupu konkrétního seniora k celkovému zdravotnímu stavu a životní situaci.

## Seznam použitých informačních zdrojů

### a) Odborná literatura

ČERVENKA, František a Luděk JAHODÁŘ. *Rostlinné metabolity jako nootropika a kognitiva*. Česká a slovenská farmacie – časopis české farmaceutické společnosti a slovenské farmaceutické společnosti, 2006, roč. 55, č. 5, s. 219-227. ISSN 1210-7816.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Dizertační práce. Praha: Univerzita Karlova, 2007.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Ctirad ŠKODA. *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. In Česká a slovenská psychiatrie, 1997, 93, č. 8. ISSN 0069-2336.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.

HAMPL, Igor. *Surdopedie: Studijní opora k inovovanému předmětu: Základy surdopedie (SSURD)*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-327-9.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HRADILOVÁ, Tereza. *Kvalita života osob se sluchovým postižením: Quality of life of people with hearing impairment*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2017. ISBN 978-80-7290-967-4.

HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.

HRUBÝ, Jaroslav. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených*. Část 1. Praha: Tiché učení, 2010, 148 s. ISBN 978-80-904786-1-9.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr SUCHARDA a kol. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 2003. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.

KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ: *národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.

LANGER, Jiří. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3702-6.

LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. *Surdopedie - andragogika (studijní opora pro kombinované studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1206-3.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

LEONHARDT, Annette. *Úvod do pedagogiky sluchovo postižených*. Bratislava: Sapiientia, 2001. ISBN 80-967180-8-8.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3286-1.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.



MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

POTMĚŠIL, Miloň. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 217 s. ISBN 80-244-0766-3.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ. *Speciální andragogika: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2014. ISBN 978-80-7315-254-3.

PROCHÁZKOVÁ, Věra a Petr VYSUČEK. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-18-4.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978- 80-7345-437-1.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 94 s. ISBN 978-80-7435-098-6.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA: *časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1990-. ISSN 1211-2720.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov, 2012. ISBN 978-80-89295-43-2.

#### **b) Elektronické zdroje**

ARNDT P, S ARCAROLI J, HINES A, EBINGER K. *Within Subject Comparison of Advanced Coding Strategies in the Nucleus 24 Cochlear Implant*. Cochlear studie. Cochlear Corporation, 1999

COCHLEAR. *Kochleární implantáty*. Cochlear: Hear now and always, 2019. Dostupné z <https://www.cochlear.com/cz/home/understand/hearing-and-hl/hl-treatments/cochlear-implant>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD 2013. *Obyvatelstvo - roční časové řady*. Český statistický úřad. [Online] 25. Říjen 2013. [Citace: 20. Prosinec 2013.] Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_hu](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu)

HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Vysoká škola ekonomická v Praze a Metropolitní universita o. p. s., Praha, 2012. Dostupné z [https://www.researchgate.net/publication/263303947\\_Kvalita\\_zivota\\_a\\_její\\_modely\\_v\\_soucasnem\\_socialnim\\_vyzkumu](https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_její_modely_v_současnem_socialnim_vyzkumu)

KVALITA ŽIVOTA. *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy, 2004. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]: *Právní předpisy pro sociální služby*. ©2014, [cit. 2014-12-10]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_280414.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_280414.pdf)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: *Zákon o sociálních službách č.108/2006 [online]*. [cit. dne 3.10.2011]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206\\_2009\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206_2009_Sb.pdf)

NOVÁK, M. *Statistiky počtu osob se sluchovým postižením*. In: Česká unie neslyšících, z.ú. [online]. 2017-05-17 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <http://www.cun.cz/blog/2017/05/17/statistiky-poctu-osob-se-sluchovym-postizenim/>

PHILLIPS, David. *Quality of life concept, policy and practice*. London : Routledge, 2008. ISBN 978-0-415-32355-0

SLUCHADLA PRO ŽIVOT. *Sluchadla Phonak pro spokojený a radostný život*. Dostupné z: <https://www.sluchadlaprozivot.cz/>

WHO, *Deafness and hearing loss*. In: World Health Organization. [online]. [citace: 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník pro odborníky z oblasti ORL a foniatrie

Příloha č. 2: Přepis polostrukturovaných rozhovorů

## **Příloha č. 1: Dotazník pro odborníky z oblasti ORL a foniatrie**

Dobrý den,

jmenuji se Marie Gwoźdzová a jsem studentkou Univerzity Karlovy v Praze oboru Speciální pedagogika – logopedie, surdopedie. Momentálně zpracovávám svou diplomovou práci na téma – Senior se sluchovým postižením a jeho kvalita života. K ucelení informací v rámci výzkumné části by mi moc pomohly Vaše zaznamenané odpovědi. Jedná se pouze o ucelení a doplnění informací, dotazník je opravdu krátký a časově nenáročný.

Věnujte tedy prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

---

### Dotazník

1) V kterém kraji ČR zřizujete svou praxi?

Napište odpověď...

2) Navštěvují Vaši ordinaci lidé v seniorském věku pravidelně?

- Ano
- Ne
- Nelze jednoznačně odpovědět

3) S jakým problémem (typ vady, poruchy...) Vás seniorští pacienti nejčastěji navštěvují?

Napište odpověď...

4) Z jakých příčin (z Vašeho pohledu) ke sluchovým problémům u seniorů nejčastěji dochází?

Napište odpověď...

5) Jaké kompenzační pomůcky si senioři nejčastěji volí?

Napište odpověď...

6) Jaký druh sluchadel nejčastěji předepisujete?

- Závěsná
- Zvukovodová
- Kanálová
- Jiná

7) Zřizujete pro seniory kurzy odezírání?

- Ano
- Ne

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!

## **Příloha č. 2: Přepis polostrukturovaných rozhovorů**

### **Rozhovor č. 1**

**V = výzkumník**

**R = respondent**

**V: Tak, můžeme začít?**

R: No, já jsem připraven. Řekni, kdy můžu začít hovořit a já spustím.

**V: Dobře, takže s jakým typem sluchového postižení se potýkáš?**

R: No já mám už jen takové ty zbytky sluchu, podle toho posledního vyšetření jsou ztráty celkem 94,6 %.

**V: A jak dlouho už ty sluchové problémy máš?**

R: Tak to už je pořádně dlouhá doba. Postupně od doby, když mi bylo 50 let, v roce 1979. Ale byly to jen takové krátkodobé, proměnlivé problémy...v té době se to ještě nijak neléčilo, jen se konstatovalo... pravé ucho se ale postupně zhoršovalo. V roce 2000 už jsem nosil první sluchadlo, ale ještě jsem se docela slušně domluvil a celkem se bez něj obešel. Pak od roku 2000 se to zhoršovalo a v říjnu roku 2013 došlo k totálnímu zhoršení. Bez sluchadel teď slyším jen, kdybys mi mluvila u ucha. No a na levé ucho vůbec.

**V: Začal jsi sluchové problémy řešit ihned po jejich zjištění?**

R: Jistě, že jsem šel hned k lékaři, ale to bylo spíše v rámci preventivních prohlídek... řekl jsem jim, že špatně slyším, oni to vzali na vědomí, ale žádné medikamenty nebo tak mi nedali. Víš, ono to kdysi nebylo tak jednoduché, jako teď. Já jsem v dětství i mládí často trpěl na záněty středního ucha, od dětství mám také píchnuté bubínky. Zánět středního ucha jsem měl ještě ve 20, no s tím jsem měl dost problémy a dalo by se i říct, že zde možná hraje roli i dědičný faktor ze strany otce, protože měl stejné problémy, ale žádné sluchadlo neměl, protože žádná nebyla, takže se celý život obešel bez sluchadla, ale muselo se na něj hlasitě mluvit.

**V: K lékaři ses pak objednal znovu, protože jsi měl pocit, že se to zhoršuje?**

R: Ano, ano. Moje první oficiální léčba začala v roce 2000...to mi dali nějakých 10 infuzí. 10 dní jsem tam musel ležet, oni mi to vždy píchli, pustili tím nějakou tekutinu a ono to zahřívalo. Potom to vyndali, zalepili a další den to samé znovu. Za 10 infuzí jsem měl 23 vpichů a obě ruce úplně modré, protože se nikdy nemohli trefit. Já jsem říkal i té úplně

vystresované mladé sestřičce, která už po asi desáté, co se jí to nepovedlo, odešla s brekem, že si to klidně píchnu sám, ať si nedělá starost. V roce 2014 jsem byl podruhé na vazoaktivní infuzi, a to už teda bylo trochu inteligentnější. Byl jsem tam osmkrát po sobě, ale alespoň mě vždycky pustili normálně domů. No, každopádně to vůbec nepomohlo, ani to první, ani to druhé.

**V: Žádné zlepšení jsi necítil?**

R: Ne nic, jen primářovi jsem řekl, že to trochu pomohlo, že bych slyšel růst trávu, to ne, ale trochu to pomohlo. Ale potom tady mé doktorce, jak se mě ptala, jestli to pomohlo, tak jsem řekl, že vůbec ne. No a oni se nějak zkontaktovali. A jak jsem šel do té první nemocnice v roce 2012 s operací nádoru na hlasivce, tak tam byl tentýž primář a on mě poznal. Tak jsem mu říkal, že jsem tu byl v roce 2000 se sluchem. No, a on mi říkal „no vy jste předtím říkal, že vám to trochu pomohlo, ale jen mě, jinak jste říkal, že vám to vůbec nepomohlo.“ Tak jsem mu řekl „pane primáři, vy jste tu byl nový, tak jsem vás nechtěl znervózňovat nebo tak.“ Pak se mě primář ptal, jestli bych chtěl na kontroly chodit tady, tak jsem se ho ptal, jestli moje doktorka má na to u nás ve městě stejný vercajk, a on že jo. Tak jsem mu řekl „nezlobte se, ale já teda budu chodit tam k nám, tam to mám blíž, víte, tady se nedá ani zaparkovat.“

**V: Stále navštěvuješ ORL či foniatrickou ambulanci pravidelně?**

R: No, já chodím k ušní tady k nám do města...nejdříve to bylo co kvartál, teď už je to co půl roku, ale když mám potíže, mám přijít kdykoli...no, ale vždycky je to z konstatování to samé, tam už se nic nevylepší. Ale na foniatrii kvůli přidělu sluchadla musím vedle do města a tam mi ten sluch měří nějakými lepšími přístroji. Tam sedím v kabině a oni mi pouští jako z rádia nějaké věci a já mám říkat, jestli to slyším nebo ne. Ale na těch procentech se shodují.

**V: A nošení sluchadla ti vyhovuje?**

R: No, tohle je hodně složitá věc...však to víš, co já už se s tím naotravoval. Kolikrát jste mě někam vezli to opravit a já nevím co všecko. S těmi sluchadly je to tak...já si můžu vybrat nějaké, které hradí pojišťovna plně, ale takových sluchadel už jsem měl několik. Já jsem si potom vyhledal nějaké informace i na internetu, a když se mě pak zeptala, do jaké finanční kategorie bych sluchadlo chtěl, tak jsem jí řekl, že do 20 000 Kč...no, tak mi dala nějaké švýcarské. No, a aby toho nebylo moc, tak to švýcarské mi tady leží v šuplíku, protože je to obrovský žrout na baterky a je málo intenzivní. Tak jsem si nechal opravit to staré od firmy Siemens, tam je aspoň pěkná regulace na hlasitost, tak to teď používám. No...ale ten

poslech, to je k ničemu...není to, že bych slyšel přirozený hlas. Já slyším kdeco, kdejaké klepnutí...ale ten lidský hlas je prostě hrozně zkreslený. Z TV vůbec nic, to musím mít přes sluchátka a slyším to plechově, prostě zvuk jako na nádraží. Není to prostě dokonalé, jsou tam šумы a podobně...někdy mi to háže echo, jakože odraz a já to pak slyším dvakrát s nějakým časovým posunem. A celkově ten zvuk je prostě pořád plechový. Oni ten pojem znají taky. Minule se mě ptala, jaký zvuk slyším, jestli plechový. Já jsem si to teď co 5 let měnil, ale teď už možná zůstanu u těch, co tu mám, protože vím, že žádné jiné sluchadlo mi nic nevylepší. To už je v takovém stádiu to procento nedoslýchavosti, že žádné sluchátko už tomu nepomůže.

**V: Ty ale i trochu odezíráš, že?**

R: Tak snažím se spíše. To je pro mě vylepšení, když to vidím...to mi dost pomáhá...ale jen u lidí, kteří umí pořádně otevírat pusy. No, a to se nestává moc často. Ono nejde odezírat, když se ti lidi pořád někam otáčí, nebo koukají do mobilu. Nebo prostě drmolí tak rychle, že vůbec nejde poznat, co říkají. To je pořád dokola.

**V: Ale docela se chytáš kontextu, ne?**

R: No, víš...on kontext moc neexistuje, když z toho máš takový mix. Snažím se podchytit, co se dá, ale je to dost namáhavé...ten mozek to chce mermomocí podchytit a já jsem z toho pak unavený, jak bych složil pytle cementu.

**V: Kterou oblast kvality života považuješ za nejvíce negativně ovlivněnou?**

R: No já jsem vlastně úplně vyřazen z nějakého, jak bych to nazval, společenského života...mohu se bavit jenom prostě tak na vzdálenost ani ne dvou metrů a jen s jedním člověkem, protože jinak tomu prostě nerozumím. Když jsem v nějakém kolektivu a mluví dva nebo víc lidí, tak já nerozumím ani jednomu, to mám pak z toho takzvaný sluchový mix...všechno mi to splývá dohromady a pak se musím pořád doptávat.

**V: Ty komunikační bariéry asi pocítuješ všude a pořád, že?**

R: Ano, všude...já to zpravidla řeším tak, že ukážu na to ucho, kde mám sluchadlo... a oni to pochopí a přijdou blíž. Zažil jsem humornou věc, jak jsem odhlašoval Felicii na dopravním inspektorátu...tam mají totiž taková ta okénka...a tam já slyším tuplem nic. No, takže klasické formální vyřizování a ona mi potom řekla na závěr...tak a teď si zajděte tam a tam...a já ji říkám, že mám sluchadélko a vůbec ji neslyším a poprosil jsem ji, ať to zopakuje hlasitěji...no a ona vzala kus papíru a napsala na něj všechno, co mi dává a co mám



posléze udělat. Mě to pobavilo, tak jsem si to schoval. Takže ano, sice pořád, ale ono se to vždycky dá nějakým způsobem vyřešit.

**V: Ale lidi to respektují, ne? Snaží se ti třeba pomoci?**

R: Ano, ano...bud' to ti lidi přijdou blíže, nebo to napíšu na papír...respektuje se to všude. Jinak jako pomoci nepotřebuju...však to vidíš, já si zajedu do obchodu a podobně a jsem v cajku...akorát nemohu jít třeba do kina, no.

**V: Setkáváš se někdy s negativními reakcemi okolí?**

R: To vůbec ne, žádná diskriminace. Prosím tě, takových hluchých je půl republiky, není důvod k diskriminaci. Takto ti to řeknu...já jsem se stáhnul do ulity, protože kam se budu cpát...proto říkám, že já jsem odmítl už chodit na nějaké meetingy, protože mě nebaví tam chodit a sedět jak nějaká nedopečená buchta a jen se usmívat. Prostě, když někam jdu, tak se musím bavit, zúčastnit se debaty...no, takže teď už se nikam necpu, ale když jdu někam dobrovolně, tak žádná diskriminace není, že by jako řekli...fotr, táhni s tím svým uchem, to ne. Ti lidi to chápou, ono je to úplně normální. Zrovna tohle je úplně běžné, vždyť mě přijde, že každý druhý člověk blbě slyší. No, taky je pravda, že v dnešní době málo kdo umí pořádně mluvit. Vždyť ti lidi skoro ani neotevírají pusy nebo huhňají, dávají si ruce před pusy a nevím co všechno...a já jim mám potom rozumět no...to je pak těžko.

**V: Takže žádnou formu sociální izolace nepociťuješ?**

R: Ne, ne, to ne. Já do společnosti nechodím dobrovolně, nejsem vyloučený. Je to přirozené, zcela přirozené, že nemohu chodit tam, kde neslyším. Víš...u mě je důležitý faktor ten, že u mě to totální zhoršení nastalo ve vyšším věku, takže už ty moje společenské aktivity pominuly, to už tak nějak přirozeně odpadalo...to je jasné, že s věkem nároky na nějaký bujarý společenský život končí, nebo se to přinejmenším dost utlumí...takže mě to až tak nevadí. Však víš, já bych tam i mohl chodit, ale pro mě je snazší tam nechodit, protože bych tam stejně byl k ničemu. Když se mnou chce někdo popovídat, tak přijde a pohovoříme. Vždyť to vidíš, ty jsi tady pořád, a jak si hezky pokecáme.

**V: No vidíš, já na tebe taky řvu a nevadí mi to, ostatním by to taky nevadilo. S tebou všichni rádi mluví, jen ty už nechceš nikam chodit.**

R: No, jo...však počkej, sama to potom poznáš.

**V: Přístup rodiny a známých k tobě se ale nijak nezměnil, že?**

R: Ne, jen se na mě musí více rvát. Ale nejlepší je, jak někteří říkají, že už mají zhoršený sluch taky kvůli mně...přitom já všem pořád říkám, ať na mě mluví tak nejlépe z metru a přímo...no, ale stejně na mě pořád někdo mluví z kuchyně, když já jsem v obýváku a podobně...a pak si ještě stěžují, že musí tak rvát a pak už taky skoro neslyší. Však to znáš, to slyšíš tady pořád ty naše rozepře. Ale co, to je úplně jedno, to k tomu prostě patří. Bez toho už by to snad byla i nuda ti řeknu.

**V: Jasně. S rodinou a známými komunikuješ úplně normálně.**

R: Přesně tak, jak říkáš. Sousedí taky přesně vědí, jak se mnou mluvit...že třeba musí mluvit úplně u plotu...takže ta komunikace se vždycky dá nějak vymyslet. Většina lidí to ví a kdo neví, tak mu to ukážu.

**V: Přestal jsi kvůli těm sluchovým problémům dělat něco, co jsi dělal dříve? Nějakou aktivitu nebo činnost?**

R: Když jsem byl v zaměstnání, tak jsem ještě sluchadlo neměl. Teď už jsem třicet let v důchodu, ale 22 let jsem potom ještě dělal na živnostenský list, a to už jsem sluchadlo měl...no, ale vůbec mi to nevadilo. S tím se dalo všechno dělat úplně normálně, bez problému. Normálně jsem s mými klienty komunikoval, chodil na úřady, akorát jsem vždy ukazoval na ucho, aby věděli...no, ale to jsem na tom ještě nebyl tak zle, to zhoršení nastalo v roce 2013. Teď už v podstatě nedělám nic, ale tak do obchodu zajedu a tak...i s prodavačkou povykládám, takže je to dobré ještě. Vždycky se dá něco vymyslet, můžu na tom být i hůř, takže toho využívám, co to jde a ono to pak nějak dopadne,

**V: Ovlivnil tvůj aktuální zdravotní stav a ty velké sluchové potíže nějak tvoji psychiku? Třeba že by se ti snížilo sebevědomí?**

R: Vůbec ne, já život беру, tak jak jde. Já jako jakékoli činnosti mohu vykonávat, omezuje mě akorát to, že se nemohu zúčastnit společenského života, tak bych to definoval. Já jsem člověk, který bere život tak, jak jde...nebudu přece kvůli toho brečet a mít takové ty řeči, jakože už nebudu žít dlouho a bla bla bla...beru to tak, jak to jde a zatím je to ještě dobré. Věřím, že spousta lidí z toho dělá tragédii a brečí nad rozlitým mlíkem...ale stejně...co z toho...nic. Je třeba využít toho, že tady ještě jsem a zbytečně nefňukat.

**V: No...**

R: Ještě bych dodal...no...jak bych to řekl... to víš, že já jsem kdysi potřeboval houf lidí...čím větší, tím lepší. Pohotově jsem reagoval, považoval jsem za povinnost zúčastnit

se hovoru... no ale dneska už to pro mě je ztracené, takže jsem doma a mluvím tak jenom. Takže dobré to je.

**V: Ty to bereš hodně pozitivně, to je dobře.**

R: Takhle ti to řeknu...to víš, že já bych rád mezi lidmi chodil...já bych řečnil do rána...mě to ještě pořád docela myslí, dovedu hned komunikovat...ale s tím handicapem, abych se pořád doptával, do toho ten sluchový mix...to nemá cenu...ale já nejsem žádná plačmuška, já se přizpůsobím podmínkám a žiju pěkně. Však mě znáš.

**V: To znám.**

R: Já mám problémů více...i s těma nohama i s těma ušima. Pořád mám ty závratě.

**V: To se ale odvíjí od toho sluchu, ne?**

R: No, mě vysvětlovala doktorka, že tam jsou nějaké krystalky v tom uchu, které se pohybují a zároveň udržují rovnováhu. No a tím, že já už je mám degenerativně poškozené, tak to má za následek zhoršení rovnováhy...takže musím chodit s holí a tu rovnováhu si vyrovnávat...ale s francouzskými holemi bych stejně chodil už i kvůli té artrózy.

**V: Jo jasně, to chápu. Tak to je teda úplně všechno, já ti moc děkuji.**

R: No, nemáš vůbec zač, pak mi to dones, ať si počtu, co jsi s tím vymyslela.

## **Rozhovor č. 2 – paní B**

**V: Tak já už to mám teda nachystáno. Můžeme?**

R: Určitě. Jdeme na to.

**V: Mě by zajímalo. Jaký typ sluchového postižení máte? Pokud to teda přesně víte.**

R: No, to přesně nevím, co to je, ale je to stále horší.

**V: Čím si myslíte, že se to zhoršuje?**

R: Řekla bych, že se to zhoršuje tím stářím, ale mám pocit, že takhle zlé to ještě nebylo.

**V: A byla jste s tím u lékaře? Chodíte na pravidelné kontroly?**

R: K ušnímu ani k foniatrovi nechodím, ani na ty kontroly. Dokud neohluchnu, tak nebudu chodit. No ale zhoršuje se to, to je fakt. Tak bych fakt už možná měla.

**V: No já myslím, že určitě měla. A co nejdřív.**

R: Možná tam zajdu, vy mě k tomu ještě beztak přinutíte.

**V: A jakým způsobem ty problémy řešíte? Jakým typem korekce? Nosíte sluchadlo?**

R: No nenosím. Nebo spíš takhle...potom v pozdějším věku už mi taky dávali ty sluchadla, ale ony mi nevyhovovaly, tak jsem si je nebrala...vlastně jedno někde mám, ale ani nevím kde.

**V: To je škoda. Jak potom řešíte situace, kdy musíte s lidmi mluvit a nerozumíte jim?**

R: To víte...já bych se za tím musela pít, chodit k lékaři na kontroly a nevím co všechno...no tak se spokojím s tím, že jim řeknu, ať mi to řeknou ještě jednou. Takže to musí říct znovu. A když neřeknou...tak nic no. Ale oni to řeknou.

**V: A setkáváte se někdy s nějakými negativními reakcemi okolí?**

R: To mi dáváte teda zapeklité otázky, hezky to máte nachystané. Ale...no...víte, to ani ne. Já vycházím s lidmi dobře. Domluvím se, s kým potřebuju. Maximálně jim vždy řeknu...prosím zopakujte mi to, já jsem nahluchlá, aby to věděli...a to je tak všechno...je to vyřešené.

**V: Takže komunikační neúspěchy nezažíváte?**

R: No při tom ústním styku si musím akorát neustále žádat o zopakování...když to napíšou, tak je to černé na bílém. Vždycky se to dá nějak udělat. Když chcete, domluvíte se i rukama, nohama. Však je to jedno.

**V: To určitě, to souhlasím. A pociťujete nějakou formu sociální izolace?**

R: No, tak já už vesměs žádné styky s lidma nemám...jako s cizíma vůbec... pohybuju se jen mezi těma známýma, těch mám dost a ti mě celkem uznávají...a víte jak, rozumí tomu. Já už jsem jenom tady a taky tady zůstanu. Tady mám naštěstí známých dost. Jinak za mnou nikdo nechodí. Syn tady nebyl ani nepamatuju, ani se neozval. A nikdo jiný taky ne. Bůh ví, kdy se ozvou, jestli se teda někdy ozvou. Mám z toho už dost špatné pocity a divné sny. No, ale to je teď jedno, to vám můžu povyprávět i potom, ať teď nezdržuju to dotazování. Ptejte se dál.

**V: Přestala jste dělat třeba ve volném čase nějakou aktivitu nebo činnost, kterou jste dříve provozovala?**

Ani ne, já nemám žádné potřeby, co mám, to mám. Hraju šachy a tak, tady hrajeme různé hry, třeba ještě kostky. Takže dělám, co můžu. Na housle jsem hrála, to už nehraju. Zkoušela

jsem hrát i na klavír, ale to už taky nedělám. Teď už toho člověk moc nezmůže. Víte, co tady taky chcete dělat...ještě v takovém stavu. To už se nedá. To je člověk vůbec rád, že je rád.

**V: V které oblasti kvality života cítíte největší pokles?**

R: No je to celé už takové hrozné. Jsem tady, nikdo za mnou nechodí. Neslyším, ale za to si můžu i sama. Na co jste se vlastně ptala?

**V: Na tu kvalitu života.**

R: Jo...no...jestli upadá vlastně nevím, je mi to tak nějak jedno...já už jsem stará na to, abych nebyla hluchá...víte, mě už je 97, já už mám právo na to neslyšet.

### **Rozhovor č. 3 – paní C**

**V: Tak, už to mám zapnuté. Omlouvám se, nějak se tomu nechtělo.**

R: To je v pořádku, já nikam nespěchám.

**V: Děkuji. Můžeme tedy začít, ano?**

R: Ano, ptejte se.

**V: Mě by zajímalo, jaký typ sluchového postižení máte?**

R: No, já mám nedoslýchavost...pravé ucho mám úplně hluché a na levém je ztráta teď asi 60 %. Když jezdívám do Motola k paní doktorce na audiologii...na tu sluchovou zkoušku, tak vždycky ta křivka bohužel jde dolů.

**V: A sluchové problémy už máte nějakou delší dobu?**

R: Ano...mám s tím problémy vlastně už od mala...jak mi pořád dokola píchali uši, víte, měla jsem hrozně často středoušní záněty a někdy tam něco popraskalo...oni s tím nic nedělali...no...a už to bylo. To víte, kdysi ta lékařská péče nebyla jako teď. To bylo úplně o něčem jiném, ale úplně.

**V: Máte pocit, že se to pořád zhoršuje?**

R: No, to ano. Bohužel se to pořád zhoršuje, ale teď už to bude také stářím, je mi 84 let...no...jak dlouho se tady budu ještě těšit. Já mám těch nemocí moc, bohužel to není jediné. Víte...já často mívám migrénu a různé záchvaty, potom to obvykle má tu gradaci dolů. Ono se to asi všechno od sebe tak nějak odvíjí. Už je to spojené takové jako všechno se vším. A akorát se to kupí.

**V: Na pravidelné kontroly k ušnímu lékaři chodíte?**

R: Na kontroly chodím pravidelně do Motola...no a taky vždy, když mám pocit, že se to zhoršilo, tak mě tam dcera zaveze. Víte, já mám moc ochotné děti...ty se o mě starají až moc a navštěvují mě pravidelně...no...takže, když se něco děje, tak to zařídí. Takže na takovou tu audiologii chodím obvykle dříve než za rok.

**V: Takže rodina se o Vás postará? Když potřebujete, máte zajištěný odvoz a tak?**

R: Ano, úplně. V letošním roce tam budu muset určitě zajít. Já totiž nesnáším studené počasí a vítr...mám 4krát operovaný trojklanný nerv, a to chce být v teple, takže všechny kontroly u lékařů mi vždy plánují dcery na období, kdy je to pro mě schůdné, abych se vyvarovala aspoň tomu, co můžu. Jak přijdou tento týden, tak se jich zeptám. Povím jim o našem rozhovoru a rovnou řeknu, že už by ta další kontrola asi taky nebyla od věci. Tím asi nikdy nic nezkažím, to je jasné. I kdyby mi nic nového neřekli...tak pro jistotu, pro dobrý pocit.

**V: Využíváte kompenzační pomůcky? Nosíte sluchadlo?**

R: No...já nosím sluchadlo už řadu let.. teď mám sluchadlo widex men – MP 9 – závěsné. Teď už to mám nařízené...jako na nejsilněji, jak je to možné. Ale vyzkoušela jsem jich více, tohle je v pořadí myslím třetí sluchadlo a zatím mi z těch všech sedí nejlíp. Bez toho už by to vůbec nešlo. To bych asi neslyšela ani spadnout atomovku. Ještě, že to existuje...takové věci. To je hrozná pomoc.

**V: A jste s ním spokojená? Plní to dostatečně svou funkci?**

R: No stoprocentní to není. Ale je to dobré. Stejně se bez toho neobejdu. Jako...takhle na dálku...když na stěně je televize, tak to neslyším...to je moc daleko, takhle vás ano teda, ale vy máte zvukný hlas, já vysoké tóny jako vůbec nezaznamenávám. Do telefonu mám potíže, že neslyším. Někoho slyším, někoho ne, to záleží na té tónině hlasu...no, takže do televize mám sluchátka a u telefonu takový ten reproduktor na zesílení. A nějak se snažím s tím vycházet. Nemůžu si stěžovat, je to obrovská pomoc.

**V: V které oblasti kvality života cítíte největší pokles?**

R: Určitě ta komunikace. No, víte...vás slyším dobře, ale za prvé jste blízko a za druhé fakt řvete...tímto způsobem slyším, ale třeba když tady paní sousedka mi chce něco říct, tak musí obvykle přijet až sem k mojí posteli a říct mi to blízko u ucha. Takže já s tím teda takhle bojuju pomocí toho sluchadla a hovoru zblízka...no...ale je to hrozné. Víte, komu by se chtělo pořád křičet...a když ti lidi nekřičí, tak se jim to třeba zase nechce opakovat,

no...takže tak je to, je to těžké, ale snaží se, to jo. To zas nemůžu jim křivdit, to ne, to bych si nedovolila. Já to chápu, že to je těžké...ale co se dá dělat.

**V: Setkáváte se v rámci komunikace s negativními reakcemi okolí?**

R: Občas jo. Víte...lidi jsou různí. Vzpomínám si u oční lékařky, že jsem jí nerozuměla...byla tam se mnou dcera. Já jsem poprosila paní doktorku, jestli by mi to mohla ještě jednou říct a ona, že jako kam by přišla, kdyby na každého měla hlasitě mluvit. No, takže občas se to stane...ted' už vždy chodí se mnou někdo z rodiny, kdo to poslouchá, pak mi to třeba tlumočí nebo připomíná, když já to všechno neslyším. Ale to je klasika. Jsme jenom lidi. Na to si člověk musí zvyknout, stejně mu nic jiného nezbyde. A na hlavu se kvůli toho stavět nebudu, to víte, že ne.

**V: Přestala jste z důvodu toho sluchového postižení dělat nějakou aktivitu nebo činnost, kterou jste dříve dělala?**

R: Těžká otázka, moment...no...recitovala jsem hodně třeba...to teda už samozřejmě nedělám. Jen si ty verše píšu, když si vzpomenu, ale jinak ani ne, víte...já už stejně nic nedělám. Ono ani není moc co, mě ten můj stav už toho moc nedovolí.

**V: Ovlivnilo sluchové postižení a Váš aktuální zdravotní stav nějakým způsobem Vaši psychiku? Pociťujete to?**

R: No, snažím se být optimista za každou cenu, tady svou spolubydlící každý den povzbuzuju, když nařiká na nějakou bolest, ale mám jich sama dost. To víte, ten věk se podepíše...3 děti jsem vychovala, vysokoškolské vzdělání mají. Já mám taky, byla jsem učitelka. A musela jsem kvůli hlasívkám přestat učit, protože jsem velice často měla takové to sípání, ten hlas mi odcházel, bylo to namáhavé. Tak jsem pak skončila jako úřednice.

**V: No...**

R: No...takže nepřipadám si už jako stoprocentní, ale je to ještě dobré...beru to optimisticky...to je potřeba v každé situaci. Jinak to v životě nejde, teda aspoň pro mě ne. Já jsem brala vždycky všechno pozitivně, víte...jinak bych se z toho života asi zbláznila. Víte, jak se to říká...není to procházka růžovou zahradou...a věřte mi, fakt není. Ale třeba ten Váš bude, to bych Vám přála opravdu.

**V: To jste moc hodná, děkuji. Taký moc děkuji za rozhovor, moc jste mi pomohla.**

R: To já Vám moc děkuji za návštěvu, bylo to velmi příjemné, budu na Vás ráda vzpomínat.

## **Rozhovor č. 4 – pan D**

**V: Tak, můžeme tedy začít?**

R: No já už čekám na ty Vaše otázky. Akorát nevím, co Vám řeknu...jestli to k něčemu bude.

**V: Určitě bude, já si s tím potom nějak poradím, nebojte se. Tak mě by zajímalo, s jakým typem sluchového postižení se potýkáte?**

R: No...tak já mám tu nedoslýchavost jakoby na obou uších.

**V: A věděli byste přesnou hodnotu té sluchové ztráty?**

R: Tenkrát, jak jsem dostával první sluchadlo, tak byl ten úbytek na pravém uchu myslím 50 % a na levém míň, to bylo lepší.

**V: A jak dlouho už se se sluchovými problémy potýkáte?**

R: No dlouho. Mě se to zhoršilo kdysi, jak mi vybuchla láhev s moštem u ucha...to byl okamžik, kdy to opravdu degradovalo. Pak se to tak nenápadně zhoršovalo po celou dobu...tak jako postupně...už i tím stářím hlavně. Ted' ale na to levé slyším o dost lépe, a to pravé mám horší než kdy předtím, protože jsem spadl a bouchl se přímo do něj o roh nočního stolku a mám tam několik stehů.

**V: To mě moc mrzí. A chodíte pravidelně na kontroly k foniatrovi nebo na ORL ambulanci?**

R: Ne. Ted' už tam nechodím vůbec...byl jsem předtím u ušního na ten výplach a u foniatra jsem byl poprvé, jak mi dávali to sluchadlo, ale tam jsem pak už taky nikdy nebyl. To je zbytečné stejně. Je to na nic.

**V: Sluchadlo tedy využíváte? Slyšíte s ním dobře? Jste s ním spokojen?**

R: No...jako slyším, to se tak ani moc nedá říct, víte, takhle...jako jo...ale zblízka a pořád musím to ucho nastavovat, jinak je z toho úplná směsice...takový mix. Když je více lidí a každý něco říká, tak to ani nerozliším, z které strany to jde, a v podstatě neslyším nic. Vidíte...vy taky musíte mi rvát skoro do obličeje. U toho sluchadla je nejhorší, jak to bere ty okolní zvuky. To se fakt vůbec nedá. To slyšíte sto různých zvuků naráz, takže ve finále nic. Akorát hlava pak začne bolet ještě k tomu.

**V: Ale nosíte ho?**



R: Já jsem dostal jedno...to už je řada let zpátky...to hradila nějak pojišťovna, to druhé mi nechal udělat synovec nějak soukromě od nějakého lékaře. No, ale abych se vám přiznal...nenosím to vůbec.

**V: Aha. Takže s ním nejste spokojen.**

R: Vůbec ne. Když si nasadím obě dvě, tak se mi to tak nějak všechno míchá...nevnímám to tak, jak bych měl. Hrozně to bere ty šumy z okolí, a to je fakt nepříjemné. Zkoušel jsem to pak nosit aspoň na chvíli, ale stejně...po chvílce mi z toho bylo úplně špatně...tak jsem to vzdal. Když to stejně bylo k ničemu, tak co s tím vidíte. Bez toho sice skoro neslyším, ale aspoň mi v hlavě pořád něco nepíská a nehučí. To mi je milejší neslyšet nic teda.

**V: Takže...**

R: A stejně...ted', jak mám to ucho rozbité...tak jsem tam měl asi 12 stehů čili ten tvar toho ucha je ted' jiný, než byl předtím. Oni dělají otisky, když dělají to sluchadlo. Ten otisk ted' by byl asi jiný, takže to pravé bych ted' stejně asi ani nenasadil. Takže to řeším tak, že těm lidem řeknu, ať na mě buď řvou...no...a nebo nemluví vůbec. Pardon, jsem Vám do toho skočil...no, ale abych to dopověděl, víte...no, takže takhle to je. Je to děs.

**V: V které oblasti kvality života shledáváte největší pokles?**

R: No...jako celkově...ta kvalita života...silně klesla, protože to je jako...jak bych to nazval...jak by byl člověk prostě úplně pitomej. Je to prostě trapný...že když s někým mluvím, tak většinou jen kejvám, ale ve finále vůbec nevím, o co jde. K čemu to pak je ten život, to už je na nic úplně...kvalita nekvalita.

**V: A snažíte se s lidmi komunikovat? Máte zájem být s nimi v kontaktu?**

R: Ne. Já už se nějakému tomu hovoru víceméně vyhýbám, protože je to nedokonalé. Někdo na mě mluví, já to neslyším, musím pořád nastavovat ucho...pak to myšlení...to už je taky trochu...víte jak...mám prostě už dlouhé vedení. Tak musím pořád říkat, ať mi to někdo řekne dvakrát, než si vůbec uvědomím, o co vlastně kráčí. Jak říkám, lepší je být tady na pokoji a neřešit nic.

**V: A když už tedy komunikujete, setkáváte se někdy s negativními reakcemi okolí...v rámci komunikace?**

R: To ne, protože oni chápou, že jsem takový lazar na to, abych je slyšel. Třeba vás takhle jak na mě mluvíte, tak to slyším. Ale většinou lidi třeba ani nedořeknou větu nebo slovo, mluví tak nějak rychle, na přeskáčku...no...a to se pak fakt nedá. Celkově s těma lidma

prostě není domluva. Oni ani neumí pořádně mluvit, nebo se spíše nesnaží...no, tak co já bych se snažil a namáhal se, vidíte.

**V: Pociťujete nějakou formu sociální izolace?**

R: No...prakticky jo, protože, když tady jsou takové ty sešlosti a různá povídání, tak tomu nerozumím. Víím, že někdo mluví, ale zachytím jedno nebo dvě slova. Takže se tomu snažím spíš vyhnout a jdu radši tam přebírat hrášky, co tady máme jako vedlejší činnost...takže radši přebírám hrášky, než abych poslouchal to, čemu nerozumím. Většinu času jsem tady na pokoji a nedělám nic. Takže to je izolace.

**V: Ještě se Vás zeptám...**

R: Ještě k té společnosti nebo takhle, jak se mě vyptáváte na tu izolaci a komunikaci a takhlenc...takže...vííte...já už tady ani být nechci. Chtěl bych to tady zabalit na tom světě, není to k ničemu dobré. Tady akorát polehávám a co z toho...je to prakticky takový monotónní život. Najím se, pak jdu na takové to kolo s chodítkem, pak je třeba to cvičení, ale toho se už neúčastním. No prostě jsem mimo. Když si to uvědomujete, je to blbý. Dobrý je, když člověk úplně zblbne...to mu pak aspoň nic nevadí. Ale takhle...jak si uvědomíte, jaká je ta vyhlídka...tak říkám, nejlepší je to zabalit. Tohle bych ještě tak dodal no. Ať vidíte, jak to je. Bez okolků. Prostě to takhle je.

**V: A tady se Vám nelíbí? Nejste tady spokojen?**

R: Na tom světě už se mi nelíbí. Je to prostě hrozné...já už vidím nejlepší výsledek jen v nějakém tom konci...ale jak to udělat, to nevím. Je to prostě živoření, úplná lazařina. Moje přání je odejít z toho světa...já bych uznal tu eutanázii...to by bylo skutečně nejlepší. Byl by o problém a o starost méně. Pro všechny.

**V: Ale rodina Vás přece navštěvuje.**

R: Navštěvuje mě jen občas neteř a synovec, když něco potřebuju, tak to zařídí. Ted' mi praskla duše u vozíku. Tak to právě zařizovali. Ted' mám náhradní, abych se mohl vůbec hýbat...tak to jo, ale jinak nic. Tak co tady, že jo.

**V: Musíte to brát optimisticky přece, alespoň trochu.**

R: Vííte, to už nejde, ale jste hodná.

**V: Vy jste hodný, moc jste mi pomohl, děkuju.**

R: No nemáte zač, ty moje kecy asi stejně k ničemu nebudou.

## **Rozhovor č. 5 – paní E**

**V: Tak, já už to mám připraveno.**

R: Já jsem taky připravená. Řekněte mi, kdy mám mluvit.

**V: Už můžeme. Já to celé nahrávám do telefonu.**

R: Jo takhle...celé. Dobře, tak to je dobře.

**V: Mě by tedy zajímalo, s jakým typem sluchového postižení se potýkáte?**

R: To budou těžké otázky, co? Já přesně nevím, jaký je ten typ. Jen vím, že jsem už takových 10 let hluchá jak poleno a že se to teď už jen pořád zhoršuje. Víc Vám k tomu asi neřeknu.

**V: A s těmi sluchovými problémy už se potýkáte dlouho? Měla jste je třeba už v dětství nebo v mládí?**

R: No...dříve jsem problémy neměla, zhoršilo se to až stářím, a to jsem šla hned k tomu foniatrovi.

**V: A chodíte pravidelně na kontroly?**

R: Předtím jsem jednou šla, no. Ale teď už s tím nikam nechodím, ani na žádné kontroly, protože se mi nechce a stejně to k ničemu není.

**V: Využíváte kompenzační pomůcky? Nosíte například sluchadlo?**

R: Ne...no...takhle...já to sluchadlo někde mám, ale nenosím ho. Ono je to úplně k ničemu...víte, já už mám ty sluchadla 3 a ani jedno nemůžu nosit. To pořád hučí a píská a všechno to dělá...jen ne to, co to dělat má. Teď jsem tam poslala syna zas, aby to šel opravit. No...takže za to dáte 3000...a nic z toho. Vyhozené peníze z okna.

**V: Snažíte se s lidmi komunikovat?**

R: Ani ne, protože se mi nechce. Já už jsem to vzdala. Jako jo, mluvím s nimi, protože musím, ale absolutně to nevyhledávám. To vůbec ne. Mluvím jen, když vyloženě musím.

**V: Setkáváte se v rámci komunikace s negativními reakcemi okolí?**

R: No...mě vždycky všichni říkají, že je neposlouchám, když se jich na něco zeptám znova. Já jim teda řeknu, že je neslyším...no...a pak nadávají, ať si vezmu sluchátko...ale já je stejně neslyším, takže je to úplně jedno. To víte, už se do té společnosti vůbec nehrnu. Ještě to pak poslouchat...tyhle řeči...to se toho radši ušetřím a je mi líp.

**V: Pociťujete nějakým způsobem sociální izolaci?**

R: To víte, že jo. Problémy plynou vyloženě z oblasti té problémové komunikace, no. Ale tady mám alespoň pár známých...ti už mě znají...tak mluví pomalu a zřetelně nebo aspoň z blízka. Tak aspoň to se dá.

**V: Myslíte, že sluchové postižení ovlivnilo Váš psychický stav?**

R: Určitě jo...já už i zapomínám. Dřív jsem byla ráda mezi lidmi, teď už nikam nechodím, protože už toho mám dost i právě po té psychické stránce. To je tak vše dohromady no, to víte...neslyším, zapomínám, pomalá jsem, nemyslí mi to. No už to není dobré.

**V: Tedy pociťujete třeba i pokles v oblasti sebevědomí?**

R: Ano...no...cítím se taková méněcenná. Pořád si někdo něco hovoří, já to neslyším a připadám si k ničemu. Takže do společnosti už radši moc nechodím, ale je to škoda...ráda jsem dřív chodila. Vy alespoň mluvíte zřetelně, vám je rozumět, ale jinak u ostatních to je hrůza a mě už to upřímně ani nebaví. Taky koho by to bavilo, uznejte sama. Ale už dost radši, ať Vám nepřivedu depresi.

**V: Nebojte, to je v pořádku. Já Vás ráda vyslechnu. Z otázek do rozhovoru už je to všechno, děkuju moc.**

R: No slečno, to opravdu nemáte vůbec zač. I když nevím, jestli vám to, co jsem řekla, k něčemu bude.

**V: To víte, že jo. Já si s tím nějak poradím.**

## **Rozhovor č. 6 – paní F**

**V: Jak se Vám tady líbí? Klidně povídejte, než si to tady dochystám.**

R: Mě se tady líbí moc, jsem tu opravdu spokojená. Je to tady hezké, je tu klid. Co víc, že jo. To stačí. Měla jsem tady dlouho podanou žádost. A pořád za mnou někdo chodí na návštěvy, buď zeť nebo vnuk nebo dcera. Ale tady opravdu je postaráno, tady se snaží, abychom i třeba odpoledne měli nějaké zážitky. Tady to není špatné, nemůžu si stěžovat. To vůbec ne.

**V: Tak to je dobře, to jsem ráda. Už to mám připravené, můžeme začít.**

R: Dobrá tedy.

**V: Mě by zajímalo, s jakým typem sluchového postižení se potýkáte?**

R: Tak to přímo nevím, ale vím, že na obě dvě uši špatně slyším. To mě mrzí, no...ale opravdu Vám to přesně neřeknu.

**V: To je v pořádku. A věděla byste, jak dlouho už se se sluchovými problémy potýkáte?**

R: No...v dětství jsem žádné problémy neměla, dokonce ani záněty středního ucha, nic takového. Pociťuju to tak těch posledních 30 let...no od těch 50 bych tak řekla.

**V: Když se to zhoršilo, navštívila jste ihned ušního lékaře?**

R: Jak se to tak hodně zhoršilo, tak jsem šla na ORL a tam mi rovnou doktor řekl, že špatně slyším...že mám takovou tu nedoslýchavost. No, ale to víte... já neměla v tu dobu moc čas to řešit, tak mi dal jen nějakou injekci a pak jsem brala ještě nějaké prášky, ale jinak jsem s tím dál nic nedělala. To bude ten problém no. Kdybych s tím něco dělala, tak by to takhle špatně asi nedopadlo. Za to si můžu sama. Asi teda.

**V: Chodíte pravidelně na kontrolu k foniatrovi nebo do ORL ambulance?**

R: Na kontroly teď chodím vždycky třeba 1 za 3 roky, aby mi změřili to audio. Vlastně víte co...ted' si vzpomínám, že říkal, že to mám na obou uších stejné...asi kolem 60%. No...a když se to zhorší, tak se objednáám a zajdu si na kontrolu. Ted' už si to hlídám, no...když jsem to předtím vlastní blbostí tak zanedbala. Ale víte co...to je tak vždycky. Člověk má pořád moc práce, na nic nemá čas, ani na ty důležité věci. No...a ono to pak podle toho dopadá. Pak si tu blbost můžete akorát tak vyčítat, ale to už je v tu chvíli taky k ničemu.

**V: Využíváte kompenzační pomůcky, nosíte sluchadlo?**

R: Když jsem prodělala to měření, tak mi dali sluchadlo. Jenže věc se má tak...já s tím sluchadlem vždy slyším všechno možné, jenom ne hlasy...prostě nikdy neslyším jasně ty slova. Je to pořád hrozně nepříjemné, a to už mám teď asi třetí.

**V: Takže se sluchadlem nejste spokojená? Zkoušela jste jej dát opravit?**

R: Ano, ano. Ted' jsem se nechala odvézt do Žitné ulice...tam prý je to dobré, prý tam seřizují sluchadla...tak jsem si to tam nechala opravit.

**V: To je dobře, že jste si to nechala opravit. Mělo by to pomoci.**

R: Víte...já totiž až tady jsem zjistila, jak je to složité se dát do hovoru s někým. Ted' jsem měla sluchadlo Widex. V té Žitné ulici mi řekli, že tady tyhle už nedělají, ale taky říkali, že už ho mám pátým rokem, tak budu mít nárok na nové. Tak mě nakonec objednali na podzim,

abych si to nemusela celé platit sama, a pak se na to prý podívají. No...tak teď vkládám naděje do tohoto, že se to zlepší a že mi to pomůže.

**V: Používáte ještě nějaké jiné kompenzační pomůcky?**

R: Na televizi mám taky takové to sluchadlo...to je výhoda, to jsem spokojená...tomu pak dokonale rozumím. Se sluchadlem do televize je to v pořádku, ale s normálním ne. To je paradox docela, co? No jo, ale tak to prostě je. Ale to jsem ráda...za ty sluchadla do televize, že tak hezky jdou, to mám radost.

**V: Takže momentálně máte výrazné problémy, předpokládám v oblasti komunikace?**

R: Právě, že jo...no, momentálně ho tedy nenosím, takže slyším hluk, ale nerozumím slova. Já bych si i ráda připlatila, jen abych slyšela. Vás třeba slyším výborně, ale vnuci ti hrozně melou, rychle a potichu, jim třeba vůbec nerozumím...vlastně...spouště lidem vůbec nerozumím. Opravdu lidé celkově hrozně špatně mluví. Pořádně neartikuluji, neotvírají pusku a hlavně i hrozně drmolí. Jako samozřejmě, jak kdo, že jo. Ale obecně to fakt není dobré. Ale nemůžu si takhle stěžovat, někteří se snaží. Opravdu. Ale prostě jak kdo no. Mě se kolikrát zdá, že když nereaguju, tak si myslí, že jsem nafoukaná. Tak jsem se snažila vždycky mluvit, ale kolikrát to dopadá úplně tragicky...že já mluvím o něčem a ten druhý úplně o něčem jiném. Tak mě to začalo trápit a říkala jsem si, že když jsem tady a už nikam nepůjdu jinam, tak bych to potřebovala zlepšit. Proto právě jsem si nechala opravit to sluchadlo. Tak třeba to bude opravdu lepší, snad jo.

**V: Setkáváte se v rámci komunikace s nějakými negativními reakcemi okolí?**

R: To ani ne...jenom si spíš myslím, že si někdy ti lidi myslí, že jsem nafoukaná...jako když nereaguju, nebo se nezapojím do debaty, protože jsem špatně rozuměla. To si můžou vysvětlit všelijak, že nereaguju. To jako je jasné. Ale jako nějaké vyložení negativní reakce nebo tak, tak to ne, to jsem se s tím asi ještě nesetkala.

**V: Zažíváte v rámci komunikace nějaké komunikační neúspěchy?**

R: Taky no...třeba tady mám paní známou a ona vždy si chce jít se mnou povídat, jenže ona hrozně špatně mluví, a ještě potichu a já ji vůbec nerozumím. A mě je to hrozně trapné s ní nekomunikovat, tak se jí radši vyhnu. Je to fakt trapné, ale co mám dělat, když jí nemůžu odpovědět. Tady je ke komunikaci spousta možností, ale mnohdy to nejde. V tomhle je to dost takové blbé, to mě docela trápí, no.

**V: Máte pocit, že sluchové postižení negativně ovlivnilo Váš psychický stav?**

R: Asi trochu jo, ale když jsem v tom prostředí, kde mě znají, tak to berou v potaz a tím je to pro mě jednodušší. Ale třeba v té nemocnici, jak jsem byla...tam mi to vadilo, že jsem nemohla navazovat kontakty...tak to bylo nepříjemné.

**V: V čem Vám přijde, že Vaše kvalita života klesla? Která oblast?**

R: No, tady třeba máme docela pěkné programy...no a já tam jdu, protože abych teda nějakým způsobem byla v té společnosti...no, ale co...mnohdy z toho nic nemám, protože polovina mi uniká. Takže když máme ty besedy a tak, tak je to prostě takové obtížné reagovat...a já se pak cítím tak nějak na nic třeba. Právě pak i ta psychika pracuje. Je to takové složité takhle...s tím začleněním a s těmi vztahy a tak, no.

**V: Já Vám moc děkuji, opravdu jste mi pomohla.**

R: No to já Vám děkuji, alespoň jsme si hezky popovídaly. Bylo to moc příjemné. Ať se Vám to povede, budu Vám držet palce.

## **Rozhovor č. 7 – paní G**

**V: Tak můžeme. Mě by prosím zajímalo, s jakým sluchovým postižením se potýkáte?**

R: To já přesně nevím. Zkoušeli mi to na ušním...takový ten přístroj, jak jste v té kabině...no...a pak říkali, že to je špatné, ale přesně už si to nepamatuju. To tam bylo nějaké složité, já jsem tomu ani sama vlastně moc nerozuměla. Prostě neslyším...a hotovo, tam není moc k řešení.

**V: Jak dlouho se se sluchovými problémy potýkáte?**

R: Už to trvá nějaký čas...nějakých pár roků dá se říct, že určitě. Když jste takhle přímo u mě, tak vás slyším...kdybyste byla o metr dál, tak už bych vás neslyšela. Já jako takhle zvukově bych to asi trochu slyšela, ale neslyším ten jas toho slova...to mám takové zamlžené.

**V: Chodíte se sluchem na pravidelné kontroly k lékaři?**

R: Co jsem tady, tak nikam nechodím...ale jak jsem byla ještě v Praze, tak jsem ušního navštívila. Tam mi to zkoumali a zaznamenávali, z kolika metrů slyším. Pak řekli, že to je špatné...no...a já už to dál neřešila. Přišlo mi, že stejně není co. Co s tím taky chcete dělat, že jo. V tomhle věku už to je jedno.

**V: Když cítíte zhoršení, řešíte to nějakým způsobem?**

R: Když pocítím nějaké zhoršení, tak mám říct dceři a ona mě prý k tomu ušnímu zaveze. Zatím mi taky chodí pro ty tablety...no...a kdyby náhodou, tak jí to paní doktorka řekne, že tam mám přijít. On je vůbec problém se tam dostat, jak tam jsou ty schody. Takže tam většinou dochází moje dcera a vyřizuje to.

**V: Využíváte kompenzační pomůcky? Nosíte sluchadlo?**

R: Sluchadlo nenosím, ani jsem nenosila...beru na to jen ty tablety. Říkali, že bych to nosit měla...ale víte co...já už to nechci takové věci.

**V: Zaznamenáváte v rámci komunikace nějaké negativní reakce okolí?**

R: No...tady ne...tady jsou zatím všichni v pohodě.

**V: A pocítujete nějakým způsobem sociální izolaci?**

R: Tu izolaci jako taky nějak nepocítuju...ale to je tím, že jsem tady...tady jsou hodně sestřičky. Kdykoli něco potřebuju, tak mi to ochotně udělají. I ta péče je v pořádku...ochotně vždycky přijdou...někdy mi je až trapně, jak jsou ochotné. Jako prostě tady...tady je to dobré.

**V: V jaké oblasti kvality života cítíte největší pokles?**

R: V komunikaci, to určitě no. I v té společnosti. Klesá...určitým procentem určitě jo. Já prostě slyším zvuky, ale neslyším ty slova jasně...jak by byl někdo v mlze nebo za záclonou. Problémy cítím především v té komunikaci s lidmi...to je jasné...ale já dohromady nikam nechodím, když ani nikam nemůžu...takže je to jedno.

**V: Přestala jste z důvodu sluchového postižení vykonávat nějakou aktivitu nebo činnost, kterou jste dříve provozovala?**

R: Ne, kvůli sluchového postižení ne. To já mám spíš hlavně jiné bolesti, co mě omezují. Ale to je jasné, podívejte se, kolik mi je let.

**V: Ovlivnilo sluchové postižení Váš psychický stav?**

R: To jo, to určitě jo. Ale snažím se chodit tady na různé aktivity, na různá cvičení a nějak to kompenzovat.

**V: To by bylo všechno, já Vám moc děkuji.**

R: No to nemáte zač.

**Rozhovor č. 8 – paní H**



**V: Můžeme tedy začít?**

R: Ano. Snad to k něčemu bude.

**V: Určitě ano, to se nebojte. Mě by tedy zajímalo, s jakým typem sluchového postižení se potýkáte?**

R: To nevím přesně...akorát vím, že mám nějakou nedoslýchavost. Někde to určitě mám napsané, na nějakém tom papíře, ale já teď vůbec nevím, kde to je. Možná to má dcera. Víte, já mám hrozné problémy s pamětí. Takže snad Vám řeknu něco kloudného, no.

**V: Jak dlouho se se sluchovými problémy potýkáte?**

R: To nevím přesně...no...ale už je to dost dlouho. Jak jsem byla mladší, tak jsem žádné problémy neměla...to už je teď asi vyloženě tím stářím. Ale to není jediné. Sotva se hýbu, ruce mám špatné. To už teď jenom přibývá.

**V: Chodíte se sluchem na pravidelné lékařské kontroly?**

R: Jak se to zhoršilo, tak jsem šla k ušnímu a dostala jsem sluchadlo. Pravidelně ale nechodím, jen pokud je to vyloženě zapotřebí. Ono...tohle všechno řeší a domlouvá moje dcera...ta mě tam potom vždy vozí nebo zeť. Já se kolikrát s těma doktorama ani nedomluví, tak to odposlouchává dcera a pak mi to tlumočí.

**V: Sluchadlo tedy nosíte?**

R: Ano, ano...nosím ho. Mám už druhé sluchadlo, to je takové silnější, vylepšené. A tady to si můžu přímo regulovat, nastavit, jak potřebuju...takže se to docela dá. Určitě to je lepší s tím.

**V: V Které oblasti kvality života vnímáte největší pokles?**

R: No, v tom společenském začlenění, jako hlavně v té komunikaci. Záleží na tom, s kým mluvím. Je to hrozně různorodé. S někým se mluvit dá docela dobře, s někým vůbec ne. Ale jakože celkově je to špatné. Nebo jako já to vnímám zle.

**V: Jak to přesně myslíte?**

R: No...to ono záleží, jak ti lidi mluví, víte, jak jsou daleko a tak. Jak nahlas, jestli rychle nebo pomalu a takhle. To je těžko někdy. Lidem to často nevysvětlíte, že neslyšíte. Nebo jim to vysvětlíte, to asi jo...ale stejně...mluví pořád stejně, jako byste mluvili do zdi.

**V: Setkáváte se v rámci komunikace s negativními reakcemi okolí?**

R: Ano...kolikrát, když špatně slyším, tak mě mají za takovou „blbku“. Ale to víte, zdravý člověk tomu postiženému nevěří tolik. Toho máte pak spíše za toho, jak se tomu říká...víte, co myslím...toho...hypochondra.

**V: Pociťujete nějakým způsobem sociální izolaci?**

R: No, já se pořád snažím se nějak účastnit společenského dění, ale spíš jsem pořád už hrozně unavená. Mám problémy se spánkem, tak jsem pořád unavená...takže některé akce bych ráda absolvovala, ale nemám na to mnohdy sílu. Ale když to jde, tak si jdu povídat tady s lidmi a tak. Ale tady už je to lepší...jako...než předtím...tady mám hodně známých, tak ti už mě znají a vědí. Personál je tady taky fajn, tady si na to nemůžu stěžovat.

**V: Ovlivnilo sluchové postižení Váš psychický stav?**

R: No tak to určitě, a hodně. Jako snažím se to brát pozitivně, abych nějak neklesla, ale už to moc nejde.

**V: Přestala jsem vykonávat nějakou aktivitu nebo činnost, kterou jste dříve provozovala?**

R: No díky tomu sluchovému postižení až tak ne, já spíš už chátrám tak celkově, hlavně tělesně.

**V: To by tedy bylo všechno, já Vám moc děkuji.**

R: To opravdu nemáte zač, bylo mi potěšením.